



**TABLE RONDE  
SUR L'EXTENSION DE  
LA PROTECTION  
SOCIALE AUX  
GROUPES  
MARGINAUX DES  
REGIONS RURALES**

**Mémoire**

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



**TABLE RONDE  
SUR L'EXTENSION DE  
LA PROTECTION  
SOCIALE AUX  
GROUPES  
MARGINAUX DES  
REGIONS RURALES**

## **Mémoire**

**Oaxtepec, Morelos, México, 1984**

**Du 13 au 16 de novembre.**



1985

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Paseo de la Reforma 476, 06698, México, D.F.

**Primera edición**

Impreso en México

Derechos reservados conforme a la Ley

ISBN 968-824-403-1 Edición en francés

ISBN 968-824-402-3 Edición en inglés

ISBN 968-824-396-5 Edición en español

## INDICE

	<b>Page</b>
PRESENTATION	
PROLOGUE	1
CEREMONIE D'OUVERTURE	7
Rapport du Comité d'Organisation Lic. Emilio Rabasa Gamboa	9
Bienvenue adressée par M. le Directeur Général de l'IMSS Lic. Ricardo García Sáinz	15
Allocution d'ouverture de M. le Secrétaire Général de l'AISS M. Vladimir Rys	25
Discours d'ouverture de M. le Secrétaire de la Santé du Mexique Dr. Guillermo Soberón Acevedo	29
LES ORGANISMES INTERNATIONAUX ET LA SECURITE SOCIALE POUR LES GROUPES MARGINAUX RURAUX	31
Problematique internationale de la protection sociale aux groupes marginaux des zones rurales. Document introductif préparé par l'AISS M. Alfredo Mallet Consultant de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale	35

	<b>Page</b>
<p>Actions de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale pour promouvoir la protection sociale parmi la population rurale Dr. Gastón Novelo Secrétaire Général du Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale (CPISS)</p>	97
<p>Le CIESS et l'extension de la sécurité sociale aux groupes marginaux ruraux Lic. Emilio Rabasa Gamboa Directeur du Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale (CIESS)</p>	131
<p>LE MODELE D'ATTENTION INTEGRALE A LA SANTÉ DU PROGRAMME DE SOLIDARITE SOCIALE PAR COOPERATION COMMUNAUTAIRE IMSS-COPLAMAR</p>	149
<p>Coordination General du Programme de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire</p>	151
<p>EXPERIENCES NATIONALES SUR LA PROTECTION SOCIALE DES GROUPES MARGINAUX DES ZONES RURALES</p>	191
<p>La situation des groupes marginaux dans la société rurale égyptienne Mme. R. Khalil Mancy Directrice Générale de Relations Publiques et Développement de Personnel. Ministère de l'Assurance Sociale, Egypte</p>	193

	<b>Page</b>
L'extension de la protection sociale aux groupes marginaux des zones rurales en Egypte M. Noshy Abbas Ramadan Directeur de l'Administration Juridique de l'Institut Général de l'Assurance et des Pensions, Egypte	205
L'attention à la communauté rurale en Corée Dr. Yeon Ha-Cheong Directeur de Recherche, Planification et Coordination de l'Institut de Développement de Corée	215
Monographie de la situation des groupes marginaux ruraux en l'Inde M. B. S. Ramaswamy Directeur Général, Société de l'Assurance des Travailleurs de l'Etat, l'Inde	231
La generalisation de la protection sociale aux groupes marginaux des zones rurales M. Nicolay Trofimiouk Chef du Département des Assurances Sociales de l'Etat. Conseil	247
La protection sociale de la marginalisation rurale en Espagne M. Felipe García Ortíz Directeur du Cabinet Technique du Secrétaire Général pour la Sécurité Sociale. Ministère de Travail et Sécurité Sociale, Espagne	255

Monographie relative à l'extension de la protection aux groupes marginaux des zones rurales du Cameroun Mme. Epée Née Kotto Mouyema, Honorée Denise Directrice Adjointe de Prestations de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale du Cameroun	265
Monographie relative au groupe des marginaux ruraux en Côte d'Ivoire Dr. Paul Lambin Directeur Général de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, Côte d'Ivoire	283
L'extension de la protection social au Gabon: consolidation du développement M. Jean Victor Gruat Consultant d'Orientation et Planification Sociale du Bureau International du Travail (BIT)	291
L'extension de la protection aux groupes marginaux des zones rurales en Cuba Dr. Félix Argüelles Varcárcel Consultant de la Direction de Sécurité Sociale du Comité d'Etat du Travail et de la Sécurité Sociale, Cuba	317
Introduction générale aux expériences en matière de soins médicaux primaires dans les régions rurales de la Chine M. M. Song Yunfu Directeur Adjoint du Département d'Affaires Etrangères de la Santé de la République Populaire de la Chine	331



	<b>Page</b>
Expérience nationale en matière de protection sociale en Sainte Lucie M. Clendon Haves Mason Ministre de la Sécurité Sociale. Gouvernement de Sainte Lucie	341
Le service indien de santé. Un système d'attention intégrale à la santé du service de santé publique des Etats Unis M. Jimmy R. Mitchel Directeur par Intérim de la Division d'Activités Sanitaires d'Appui. Service Indien de Santé, Etats Unis	
M. John G. Todd Consultant de Santé. Service Indien de Santé, Etats Unis	351
<b>RAPPORT DU RAPPORTEUR GENERAL</b>	<b>405</b>
<b>CEREMONIE DE CLOTURE</b>	<b>407</b>
Intervention du Secrétaire Général de l'AISS M. Vladimir Rys	
Discours de Clôture du Directeur Général de l'IMSS Lic. Ricardo García Sáinz	
<b>LISTE DES PARTICIPANTS</b>	<b>451</b>

## **PRESENTATION**

Au cours de la dernière décade, le développement de la sécurité sociale a montré une tendance vers le dessin des modèles et des stratégies avec lesquels on peut universaliser la protection sociale par l'octroi des allocations médicales aux groupes avec nulle ou minime capacité contributive.

Dans ce contexte, le rôle qui jouent les institutions de la sécurité sociale acquiert une importance particulière en devenant les moyens de redistribution du revenu national, à la recherche d'un progrès social égalitaire en particulier à cette époque où il faut déterminer les meilleurs instruments pour pallier la crise économique généralisée.

De son côté, le Gouvernement Mexicain présidé par Monsieur Miguel de la Madrid Hurtado, dans le cadre de la Constitution Politique et ses lois, est en train d'appliquer une politique sociale de grande importance en qualité et en quantité, au bénéfice fondamentalement des groupes sociaux qui ont les revenus les plus bas, qui se trouvent à l'écart des avantages du développement économique du pays et habitent dans les zones rurales.

Sur ce point et d'accord avec ses traditions, ses objectifs, ses normes et sa doctrine, l'Institut Mexicain de la Sécurité Sociale (IMSS), institution avec plus de quarante ans d'existence, est l'instrument essentiel de cette politique sociale.

En 1973 la Loi de la Sécurité Sociale créa l'institution destinée à protéger le travailleur salarié et sa famille contre les risques au travail, à travers ses propres cotisations ainsi que celles des patrons et de l'Etat.

Au cours de sa vie institutionnel, la sécurité sociale mexicaine a envisagé le problème de la protection sociale des personnes qui n'étant pas soumise à une relation formelle de travail n'entrent pas dans le schéma traditionnel des assurances sociales.

Ce souci gouvernemental et social a eu comme résultat la modification de la Loi de la Sécurité Sociale en 1973 et l'établisse-

ment des bases juridiques de la solidarité sociale comme l'expression de l'universalisation des soins médicaux, sans conditionner l'octroi des services à une cotisation en liquide.

Six ans tard, en 1979, un Accord a été signé entre la Fédération et l'IMSS en vue de fournir les soins médicaux à plus de 10 millions d'habitants à travers le "Programme National de Solidarité Sociale par Coopération Comunautaire IMSS-COPLAMAR".

Ce programme est basé sur la participation active et soutenue de la communauté afin qu'elle assume sa responsabilité dans la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes pour l'attention médicale intégrale des mexicains. Les services médicaux sont financés par des oeuvres au bénéfice collectif, à charge de la même communauté, telles que l'amélioration de l'environnement et le logement, en utilisant pour cela une technologie appropriée aux conditions culturelles, économiques et écologiques de la région. C'est-à-dire, il s'agit de couvrir la cotisation relative aux soins médicaux avec le travail communautaire et pas en liquide.

L'importance de ce schéma — différent et imaginatif, à la recherche d'un modèle qui exige une simplicité et un prix que permettent la plus vaste application horizontale— est montrée par les soins octroyés aux 12.8 millions de mexicains au cours de 1984, qui dans ce processus n'ont seulement amélioré ses conditions de santé mais en même temps on atteint un meilleur niveau de développement social et culture.

Après dix ans de la mise en oeuvre du principe de solidarité sociale et d'accord avec la politique de modernisation et simplification de l'administration publique, le 8 mars 1984, on a décrété la décentralisation des services médicaux pour la population en général en transférant la responsabilité du Programme IMSS-COPLAMAR et les services d'assistance aux gouvernements des Etats, en vue d'intégrer des systèmes de santé qui surveillent la qualité des services, en même temps qui coordonnent et permettent l'élargissement de l'attention, en remplaçant la structure institutionnelle par l'infrastructure des Etats. De cette façon à

travers la pleine décentralisation du système on ouvre une nouvelle étape pour le programme de solidarité sociale.

Par la suite de l'intérêt institutionnel montré dans plusieurs pays au sujet du problème ainsi que des résultats obtenus par le Programme IMSS-COPLAMAR, nous avons décidé, à l'occasion de l'Assemblée Générale de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), qui a eu lieu au mois d'octobre 1983 à Genève, Suisse, d'effectuer au Mexique la Table Ronde sur l'Extension de la Protection Sociale aux Groupes Marginaux des Régions Rurales.

L'objectif de cette réunion organisée par l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS), le Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale (CPISS) et l'Institut Mexicain de la Sécurité Sociale (IMSS) a été l'échange d'idées et des expériences des pays développés ou en voie de développement, au sujet du problème des marginaux du milieu rural et des différents schémas institutionnels ou politiques établis afin de le résoudre.

L'événement a eu lieu dans un climat de coexistence amicale à Oaxtepec, Centre de Vacances de l'IMSS, du 13 au 16 novembre 1984, avec de résultats très positives et stimulantes surtout grâce à la participation des délégations de 28 pays de quatre continents et 5 organismes internationaux.

Cette réunion a signifié une importante démarche vers la prise de conscience internationale au sujet du problème des marginaux du milieu rural et a permis la connaissance des modèles d'attention sociale que les différents pays ont développés.

Les critères exposés au cours des débats qui ont eu lieu dans ce forum, nous ont permis de confirmer que la question des marginaux n'est pas un état définitif mais une étape passagère et qu'il est toujours possible d'atteindre des meilleurs et plus dignes niveaux de vie.

Ce travail recueille tous les énoncés présentés à la Table Ronde, ayant comme but principal de faire connaître les différentes alternatives que, tant les institutions de sécurité sociale comme les

organismes internationaux ont développées afin d'accorder protection aux groupes marginaux des zones rurales.

En présentant la compilation des travaux exposés a cette réunion, l'IMSS, a l'intention d'offrir un instrument d'analyse et de réflexion qui permette d'avancer dans la connaissance du problème et d'élargir les possibilités de solution, en même temps que de renforcer les relations entre nos peuples et leurs institutions de sécurité sociales.

**Lic. Ricardo García Sáinz**  
Directeur Général

## PROLOGUE

En souhaitant offrir les meilleurs choix permettant aux institutions de sécurité sociale de connaître à fond la structuration des programmes qui apportent de la santé et du bien-être aux groupes sans capacité contributive, l'IMSS met à la disposition de ceux intéressés au problème la compilation des travaux présentés à la "Table Ronde sur l'Extension de la Protection Sociale aux Groupes marginaux des Régions Rurales" réalisée à Oaxtepec, Morelos, Mexique, pendant Novembre de 1984.

Cet événement a été spécialement significatif puisqu'il a permis la participation et l'échange d'expériences de pays ayant structures économiques et sociales si différentes que leurs continents d'origine: l'Afrique, l'Amérique, l'Asie et l'Europe.

La vision globale des divers régimes présentés à la Table Ronde a créé des nouvelles idées, et on a avancé dans la connaissance des solutions nationales.

Quant à l'IMSS, celui-ci considère d'importance fondamentale que la richesse des expériences accumulés pendant cet événement soit diffusée, afin que la prise de conscience soit poussée ainsi que la solution à la marginalité dans le monde, tout ça en recueillant les énoncés plus actualisés qui, à travers la Table Ronde, ont été exposés par les différentes délégations assistantes. Du reste, l'ordre de présentation est le même que celui du Programme de l'événement.

Dans l'introduction de ce rapport on présente les diverses interventions réalisées pendant la cérémonie d'ouverture: le discours qui, en représentation du Lic. Miguel de la Madrid, le Président des Etats Unis Mexicains, a été prononcé par le Dr. Guillermo Soberon Acevedo, Secrétaire de la Santé, dans lequel l'intérêt montré par le Gouvernement Mexicain pour étendre la couverture des services de santé aux zones peu développées est reflété.

Le Secrétaire Général de l'AISS, aussi, quand il parle au nom de la dite organisation, il a ratifié que l'événement permettra ouvrir

des nouvelles voies pour une action plus efficace et prouver que, malgré les vicissitudes du moment présent, "les Institutions ne renoncent par à leur mission principale et elles ne ménagent pas leurs efforts pour continuer leur évolution et atteindre le progrès social"

Dans cette cérémonie, le Lic. Ricardo García Sáinz, Directeur Général de l'IMSS, accueillait les participants et remarqua que "l'analyse jointe des différents modèles de soins sociaux à la campagne, qui est réalisée imaginativement et vaillamment par beaucoup de pays, ainsi que l'échange d'expériences et idées sur ces programmes aboutiront, nous en sommes convaincus, en considérant amplement le bien d'autrui, à une meilleure estimation du propre".

Dans la première partie de ce document les exposés des organisations internationales qui ont patronné cet événement — AISS, CPISS et CIESS —, font preuve des grands bénéfices apportés par la coopération inter-institutionnelle.

Dans une monographie introductive appelée "Problématique internationale de la Protection Sociale aux Groupes Marginaux des Zones Rurales", l'AISS a donné une synthèse des expériences nationales que, dans ce domaine, les institutions membres de l'AISS possèdent. Quant au Secrétariat du Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale, il a présenté le document "Actions de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale dans la Promotion de la Protection Sociale à la Population Rurale", dans lequel il a souligné: "L'extension de la sécurité sociale à la population rurale avait déjà une longue histoire d'intérêt au sein de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale", et il a mis en relief les principales résolutions adoptées à cet égard dans la région américaine.

Le Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale, à son tour, dans le rapport intitulé "Le CIESS et l'Extension de la Sécurité Sociale aux Groupes Marginaux Ruraux", a analysé la question de la marginalité rurale et urbaine en remarquant le besoin de l'action corrective de la part de l'Etat, qui "oriente des ac-

tions, plans et ressources en vue de satisfaire les besoins des pauvres et marginalisés”.

Ce document a mis en évidence l'action développée par le CIESS dans le domaine de la formation des ressources humaines qui appuient les institutions de Sécurité Sociale de l'Amérique Latine et le Caraïbe pour l'extension de la sécurité social à la campagne.

Ensuite, le Rapport considère le modèle de soins integraux à la santé du Programme de Solidarité Sociale par cooperation communautaire IMSS-COPLAMAR qui renseigne ses bases juridiques, conceptuels, son système financier et la structure administrative pour l'application du modèle.

Plus loin, les monographies nationales sont inclues par ordre de leur présentation: L'Egypte, Coreé, L'Inde, L'URSS, L'Espagne, Le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Gabon, Cuba, Chine, Sainte-Lucie, les Etats Unis.

A la fin, on présente le rapport du Rapporteur Général comme une synthèse des travaux de la réunion, ainsi que les interventions des différentes délégations et le contenu de leurs questions. En outre, on reproduit le document des conclusions et les discours qui dans la cérémonie de clôture furent prononcés par M. Vladimir Rys, Secrétaire Général de l'AISS, et par le Lic. Ricardo García Sáinz, Directeur Général de l'IMSS.

On attache aussi un témoignage en images photographiques qui réflètent l'environnement d'intérêt et compagnonnage qui prévalut au long de la réunion ainsi que pendant les visites techniques faites aux Unités Medicales Rurales et à l'Hôpital Rural "S" de Cuautlixco, Morelos, ce qui a permis aux participants mieux connaître, sur le lieu, le développement du programme IMSS-COPLAMAR.

**Lic. Emilio Rabasa Gamboa**  
Chef du Département d'Affaires  
Internationales de l'IMSS  
Comité d'organisation





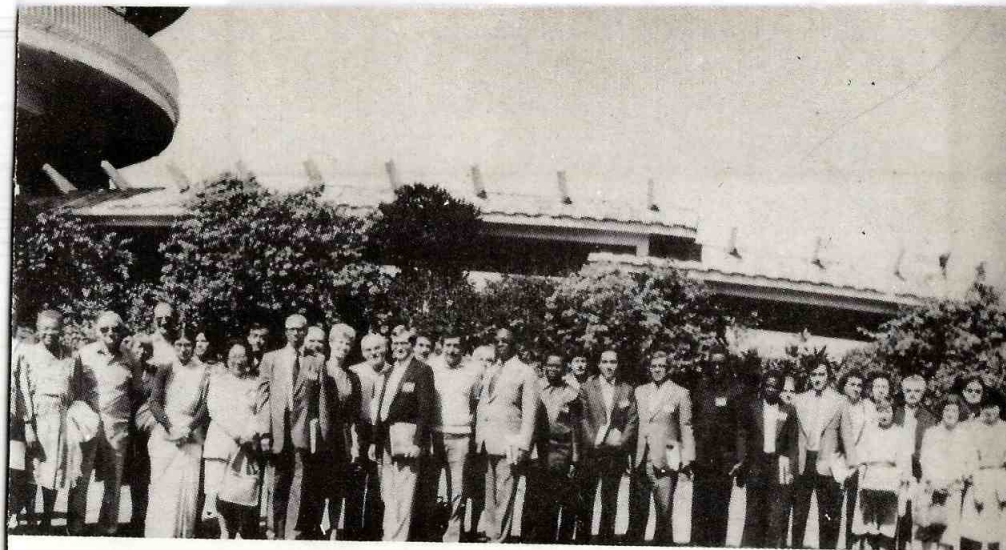
The group is standing in front of a modern building with a curved facade and a balcony. The group is diverse in age and attire, and the building behind them has a prominent curved architectural element.

The group is standing in front of a modern building with a curved facade and a balcony. The group is diverse in age and attire, and the building behind them has a prominent curved architectural element.

The group is standing in front of a modern building with a curved facade and a balcony. The group is diverse in age and attire, and the building behind them has a prominent curved architectural element.

The group is standing in front of a modern building with a curved facade and a balcony. The group is diverse in age and attire, and the building behind them has a prominent curved architectural element.

The group is standing in front of a modern building with a curved facade and a balcony. The group is diverse in age and attire, and the building behind them has a prominent curved architectural element.



Photographie officielle des participants à la Table Ronde originaires de 28 pays des 4 continents et 5 organismes internationaux.



**SEANCE D'OUVERTURE DE LA TABLE  
RONDE SUR L'EXTENSION DE LA  
PROTECTION SOCIALE AUX GROUPES  
MARGINES DE REGIONS RURALES.  
OAXTEPEC, MORELOS, MEXIQUE,  
LE 13 NOVEMBRE, 1984**



## **MESSIEURS LES MEMBRES DU PRESIDIUIM\***

**Distingués messieurs les délégués,**

**Mesdames et messieurs:**

En accord avec la Résolution du Conseil Supérieur de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale, qui a eu lieu au mois d'octobre, 1983 à Geneva Suisse, et par laquelle on a approuvé la réalisation de la "Table Ronde sur l'Extension de la Protection Sociale aux Groupes Marginaux des Régions Rurales", un Comité d'Organisation a été constitué et intégré par les représentants de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale même, ainsi que par le Comité Permanent Interaméricain de l'Assurance Sociale et l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale.

Ce Comité Organisateur a préparé un programme de travail qui a été discuté considérablement à l'occasion de la Réunion du Comité Directeur de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale à Geneva, Suisse, cette année au mois de mai.

Sur la base de ce programme, on a décidé d'envoyer une invitation à toutes les institutions membres de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale, ainsi qu'à d'autres organisations analogues et des organismes internationaux qui sont intéressés par le thème central de la Table Ronde.

En même temps, on a développé un programme pour la Réunion, qui recueille une grande variété des exposés sur le thème central de la réunion, en vue d'enrichir le débat et l'analyse du problème qui nous occupe.

Par l'intermédiaire de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale, on a envoyé, au bon moment, les invitations pour les institutions membres et, aujourd'hui, mardi 13 novembre 1984, j'ai

\* Discours prononcé par M. le Lic. Emilio Rabasa Gamboa.

le plaisir d'informer dans cette Assemblée l'enregistrement de 35 institutions, 5 organismes internationaux qui correspondent aux 28 pays de quatre continents: *l'Afrique*: l'Algérie, Burundi, Cameroun, l'Egypte, Kenya, Libye, Madagascar, Rouanda, Sénégal, Togo, l'Ouganda, et Zaïre; *l'Amérique* Cuba, El Salvador, les Etats-Unis, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua et Sainte-Lucie; *l'Asie*: Corée, la République Populaire Chinoise, Philippines et l'Inde; *l'Europe*: l'Espagne, et l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques.

Les organismes internationaux assistants, sont: l'Association Internationale de la Sécurité Sociale; l'Organisation Internationale du Travail; la Convention Hipolito Unanue, un organisme qui enferme les institutions de sécurité sociale de Bolivie, Costa Rica, Equateur, Pérou et Venezuela; le Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale et le Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale.

Au total, on a réuni 75 représentants distingués des institutions et des organismes qu'on a déjà mentionné.

Très en avance, on a envoyé à tous les assistants le programme qui va couvrir cet événement ainsi que les séances de travaux qui correspondent aux quatre jours suivants:

Aujourd'hui, trois organismes internationaux vont faire la présentation de leur rapport: l'AISS, le CPISS et le CIESS. Demain, la Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR, fera la présentation du Modèle de l'Attention Intégrale pour la Santé du Programme de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire, avec l'inclusion pendant l'après-midi, d'une visite des dispensaires ruraux et de l'hôpital rural S. Cuauhtlixco.

Pendant le troisième et le quatrième jour de l'événement, on va présenter les monographies qui correspondent aux expériences internationales des pays suivants: la Corée, le Côte d'Ivoire (présentée gentiment par la représentante de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale de Cameroun), le Cuba, la République Populaire Chi-

noise, l'Égypte, l'Espagne, les États Unis et le Gabon (présentée gentiment par l'Organisation Internationale du Travail).

Aujourd'hui, au début des travaux de la Séance du Matin, par l'intermédiaire de l'AISS, on va soumettre à la considération des délégués et des assistants distingués, l'intégration du Présidium, en accord avec chacune des Séances.

Tous les documents de cet événement, délivrés au Comité Organisateur dans les dates de réception fixées, ont été traduits dans trois langues officielles de la Réunion: l'anglais, le français, et l'espagnol, et ils ont été distribués parmi les assistants.

La terminaison des travaux de cette Table Ronde aura lieu vendredi prochain, le 16 novembre, avec la présentation des monographies qui manquent, le document Rapporteur et Conclusions, le banquet de clôture, et la visite des Délégations à la Maison Officielle, Los Pinos, dans la ville de Mexico, en tenant compte de l'invitation cordiale qui a fait Monsieur le Président des États Unis Mexicains, Lic. Miguel de la Madrid Hurtado.





The following information is provided for your information and is not intended to constitute an offer of insurance. The information is provided for your information only and is not intended to constitute an offer of insurance. The information is provided for your information only and is not intended to constitute an offer of insurance.



Le Directeur Général de l'IMSS accueille les participants.



**DISCOURS DE BIENVENUE PRONONCE PAR M.  
RICARDO GARCIA SAINZ, DIRECTEUR GENERAL  
D'IMSS**

L'Institut mexicain de la sécurité sociale et le Comité Permanent Interaméricain de la Sécurité Sociale sont très honorés par la célébration de cette réunion.

Veillez accepter, Messieurs les Délégués et Messieurs les Représentants d'institutions et d'organismes internationaux venus de pays divers, l'hospitalité du peuple et du Gouvernement du Mexique, et l'expression de la satisfaction de l'Institut Mexicain de la Sécurité Sociale.

Je souhaite remercier les habitants et le Gouvernement de l'Etat de Morelos qui nous ont prêté leur concours pour la réalisation de cette réunion dans un cadre idéal pour examiner les problèmes de la sécurité sociale rurale dans une ambiance franche et amicale.

Les liens étroits qui unissent l'Association Internationale de la Sécurité Sociale, le Comité Permanent Interaméricain de la Sécurité Sociale et l'Institut Mexicain de la Sécurité Sociale ont permis de célébrer cette table ronde comme convenu lors de la XXII<sup>e</sup> Assemblée Générale de l'AISS. Grâce aux nombreux pays représentés ici, les divers régimes de protection sociale des groupes marginaux pourront être analysés de manière plus consciencieuse et réfléchie, et avec une plus grande participation internationale.

La communauté internationale n'a pas épargné ses efforts dans ce domaine comme en témoignent des actions concrètes telles que l'accord sur l'extension des services de santé à toute la population, issu de la Troisième Réunion Spéciale des Ministres de la Santé de la Région Américaine qui a eu lieu en 1972, qui fut ratifié ensuite par la Déclaration d'Alma-Ata, et repris par l'Assemblée mondiale de la santé quand elle s'est fixé comme but la santé pour tous en l'an 2000.

Nous sommes convaincus qu'au cours de cette réunion l'analyse conjointe des différents modèles de protection sociale que de nombreux pays mettent en oeuvre dans les zones rurales en faisant preuve d'imagination et de diligence, et l'échange d'expériences et d'idées, permettront à chacun de mieux évaluer ce qu'il possède en analysant ce qui se fait ailleurs.

Aussi, permettez-moi de faire quelques commentaires sur certains aspects du Programme de solidarité par la coopération des communautés — mieux connu sous le nom d'IMSS-COPLAMAR — que le Gouvernement de la République a confié à l'Institut mexicain de la sécurité sociale. Les communautés qui en sont les bénéficiaires, ainsi que les gouvernements des états et le Ministère de la santé — ce dernier en tant qu'organisme régisseur et coordonnateur du domaine de la santé — participent aux tâches de programmation, d'exécution et d'évaluation.

Le Président Miguel de la Madrid, dans le cadre de la politique sociale qu'il a établi pour faire face à la crise, a placé la santé de tous les mexicains en tête des priorités. Pour arriver à ce résultat, une nouvelle garantie sociale, le droit à la santé, a été inscrite à la Constitution générale de la République, et le cadre juridique et administratif a été mis à jour par la promulgation de la Loi générale sur la santé et du Programme national pour la santé.

Sur ces bases, le Programme de solidarité sociale couvre une population potentielle de 18 millions de personnes dont 12 millions sont déjà des bénéficiaires, c'est-à-dire, 2,5 millions de plus qu'en 1983. Cet accroissement est dû aux efforts du Gouvernement ainsi qu'à la confiance et à la participation des bénéficiaires eux-mêmes qui reconnaissent le programme à sa présence au sein de la communauté, à la qualité de ses services et au caractère permanent de ses actions.

Il s'adresse à ceux qui ne peuvent contribuer en espèces mais par leur travail à améliorer la santé et la qualité de vie dans notre pays, ce qui a été l'objectif irrenoncable des gouvernements révolutionnaires.

C'est ainsi que la sécurité sociale, qui est une des expressions les plus claires de la modernité, du développement et de l'industrialisation, est entré brusquement en contact avec une immense mosaïque ethnique composée de races et de cultures millénaires dont les traditions et le style de vie sont le résultat d'expériences accumulées dans le temps et qui souvent sont des expressions certaines de sagesse.

Cette formule de services de santé s'appuie sur l'analyse des caractéristiques régionales grâce à un procédé simple qui permet d'identifier tous les ans, avec la participation de la communauté, les principaux problèmes de santé, leurs causes et les solutions possibles. C'est sur cette base que l'on décide des actions à entreprendre dans le cadre de programmes de base dont les principaux sont l'orientation nutritionnelle, l'assainissement de l'environnement, la médecine traditionnelle, l'éducation en matière de santé, la médecine préventive, les traitements curatifs, la protection maternelle et infantile, et le planning familial qui laisse toute liberté de décision au couple quant au nombre et à l'espace des enfants.

En ce qui concerne le programme d'orientation nutritionnelle et d'hydratation orale, des systèmes très simples, appliqués par un personnel qualifié aidé des membres de la communauté, ont permis de combattre la malnutrition en employant les ressources alimentaires locales et en indiquant plus spécialement la manière dont les enfants et les femmes enceintes peuvent mieux en profiter.

La déshydratation est traitée et prévenue avec des solutions orales faites à la maison et l'on apprend aux femmes à veiller sur la santé de leurs enfants ainsi que les mesures à prendre pendant une grossesse.

Dans ce type d'actions, les technologies sophistiquées sont inutiles et seraient même un obstacle à l'obtention des effets désirés.

Pour résoudre les problèmes d'assainissement et d'amélioration de l'environnement en milieu rural, on se sert de procédés

simples et efficaces qui sont à la portée même des plus petites communautés, en mettant l'accent sur la production d'aliments pour la consommation personnelle, l'amélioration des logements, l'utilisation d'eau potable, le contrôle des animaux nuisibles et l'élimination sanitaire des déchets.

Tout en renforçant l'enseignement bilingue, nous avons dû chercher et former des personnes compétentes pour desservir les régions où la population est très dispersée et nous avons concentré nos efforts sur la promotion de la santé plutôt que sur les traitements curatifs.

Le programme est devenu un pont, un lien, entre les grands progrès technologiques et la médecine traditionnelle; entre la conception des soins individuels et la nécessité de trouver des méthodes qui s'appuient davantage sur l'effort collectif.

Nous nous sommes trouvés face à face avec la médecine traditionnelle. Pour assurer l'efficacité des traitements curatifs nous avons développé des actions concrètes qui, parce qu'elles sont préventives, donnent des résultats beaucoup plus durables.

Nous nous sommes ainsi mis en contact avec 13 000 thérapeutes empiriques appartenant à 12 000 communautés et nous les avons incorporés à notre programme, profitant ainsi de l'emploi contrôlé de leurs procédés. Ce contact nous a permis de connaître les plantes médicinales locales dans 95% des unités du programme et le nom traditionnel des dix maladies plus fréquentes dans l'ensemble de ces unités.

Nous pouvons attribuer au programme le fait que pendant la période 1981-1983, sur 12 millions de personnes soignées, il n'y a pas eu un seul cas de diphtérie, il y eut uniquement 9 cas de poliomyélite, 6 fois moins de cas de rage et 8 fois moins de coqueluche.

Il y a eu en tout 22 millions de consultations, 250 000 hospitalisations, 90 000 interventions chirurgicales, 165 000 accouchements et plusieurs millions d'administrations de doses de produits biologiques.

En ce qui concerne son organisation et sa structure, le Programme de solidarité sociale s'appuie sur quatre grands piliers: le Gouvernement fédéral, qui fournit les ressources économiques nécessaires; les Conseils des états présidés par les gouverneurs des états fédéraux, qui veillent à l'exécution du programme et à l'accomplissement des engagements des bénéficiaires, qui orientent les décisions d'investissement et qui évaluent les priorités régionales; l'expérience, l'infrastructure et la capacité technique et administrative de l'Institut mexicain de la sécurité sociale qui est un système national couvrant l'ensemble du territoire et qui depuis 30 ans dessert les populations rurales; et les bénéficiaires aux-mêmes qui sont le pilier fondamental, qui sont organisés en comités de santé, au nombre de 11 000, et qui, par leur participation active et permanente, améliorent leurs conditions de vie et rétribuent ainsi les services qui leur sont fournis.

Je voudrais souligner que la solidarité sociale, au Mexique, est le produit d'un pacte de bien-être général et de restructuration sociale, où les efforts se sont concertés pour améliorer la qualité de vie individuelle et sociale par l'amélioration de la santé: efforts d'éradication des maladies transmissibles entrepris par l'Etat qui cherche aussi à assurer un bien-être minimum; efforts de création de programmes de médecine préventive et de services de médecine curative efficaces; efforts aussi des communautés qui soutiennent les programmes qui leur sont adressés.

Le pays a pu ainsi construire en dix ans le Système national de solidarité sociale, sans pour autant négliger les 28 millions d'ayants droit de l'IMSS. Ceci nous a permis de confirmer que les hommes peuvent améliorer la qualité de vie quand ils savent mettre à contribution les efforts conjoints; nous avons appris à agir de concert avec les communautés pour améliorer les conditions générales de vie et de santé.

Nous avons construit de nouvelles formules dans nos rapports avec les organisations sociales et les institutions historiques des communautés —les Conseils des Anciens, les sénats— qui nous ont permis d'assimiler les connaissances transmises de père en fils et de travailler dans un cadre de respect de leur style de vie.



Tout en mettant à profit ces connaissances précieuses, nous les complétons par la science et la technique modernes grâce à de jeunes universitaires, originaires des villes, qui vivent et travaillent au sein des communautés, et peuvent ainsi se nourrir de des expériences qui forgent leur sensibilité sociale et humaine. Les communautés leur témoignent toujours beaucoup d'affection et d'égards, et surtout, les marques d'une gratitude sincère, chose rare à notre époque.

Mentionnons aussi que les femmes jouent un rôle fondamental et contribuent largement à l'efficacité du programme. L'intérêt qu'elles portent à l'amélioration de la vie quotidienne, les pousse à participer de manière soutenue, en veillant sur la santé du noyau familial.

Ce programme a fait ses preuves en tant qu'un instrument précieux de restructuration de la vie sociale et de renforcement des liens établis au sein des communautés; il est le détonateur d'actions plus vastes visant à promouvoir le bien-être général et contribuer à la descentralisation de la vie nationale, ce qui est l'un des principaux objectifs du Gouvernement du Mexique.

### **Messieurs les participants:**

Les actions entreprises et l'expérience acquise dans le domaine de la protection sociale des groupes marginaux du Mexique seront analysées de manière plus détaillée dans le cadre de la réunion qui commence aujourd'hui.

Les pays qui, comme le nôtre, cherchent à étendre les services médicaux à l'ensemble de la population, nous ont beaucoup appris. Mais c'est surtout dans la richesse de notre passé, dans les moeurs et les traditions de notre peuple — qui est une source inépuisable de sagesse — que nous cherchons les formules qui répondent le mieux à notre style de vie et qui sont les plus aptes à apporter une réponse aux problèmes essentiels.

C'est avec un enthousiasme sincère que je souhaite la bienvenue aux représentants de nations soeurs qui assument leurs tâches,

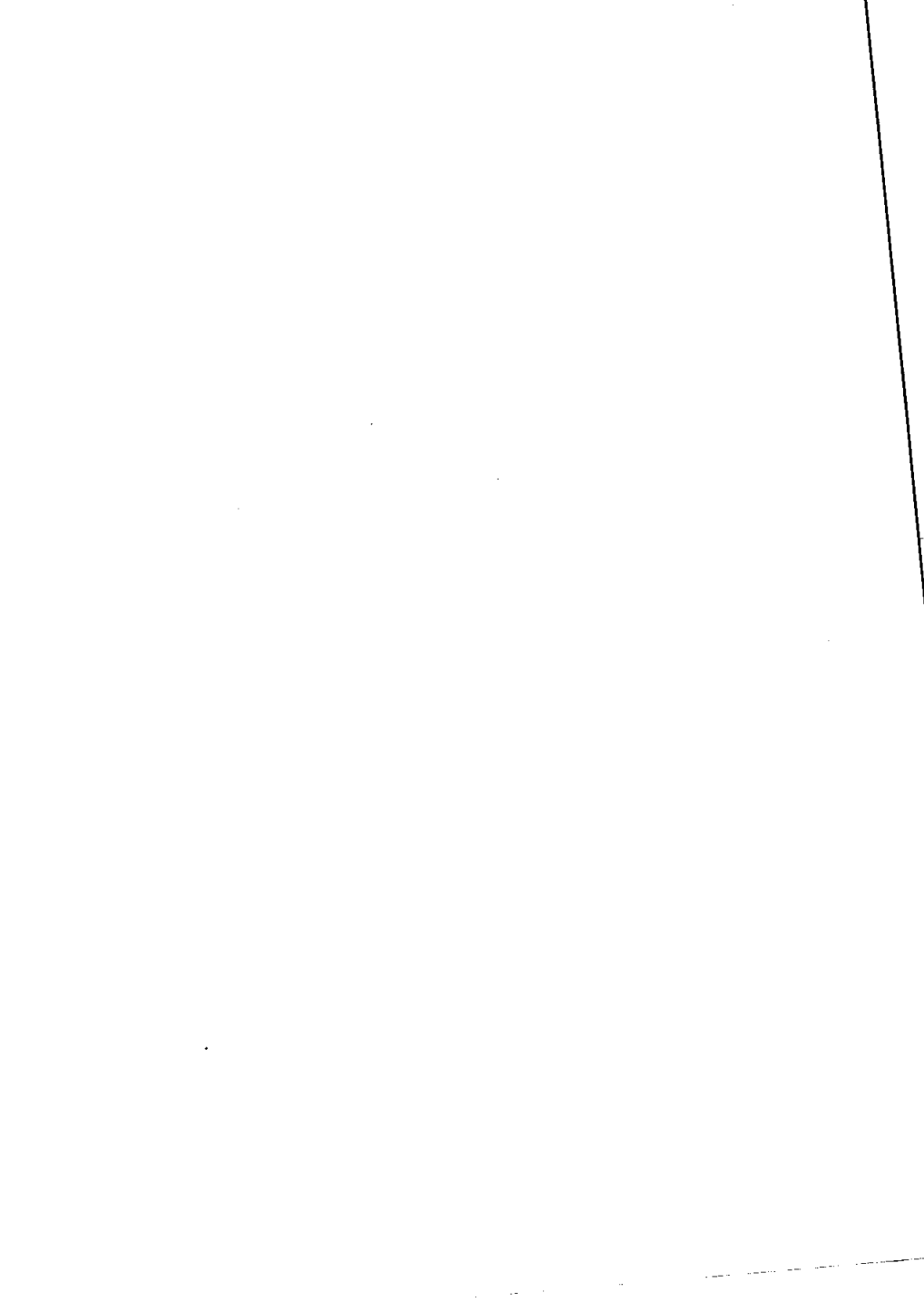
non pas comme l'exercice d'une profession — en elle-même noble — mais comme un engagement humanitaire.

Au nom de l'Institut mexicain de la sécurité sociale et en mon nom propre, j'exprime la conviction que les délibérations et l'échange d'expériences qui auront lieu dans le cadre de cette réunion, nous permettront d'enrichir nos connaissances, et ce faisant, de continuer à travailler sans répit pour améliorer les conditions de vie de nos peuples.





Le Secrétaire Général de l'AISS, M. Vladimir Rys, pendant la cérémonie d'ouverture de la Table Ronde. Au présidium, de gauche à droite, le Lic. David Jimenez Gonzalez, Secrétaire Général de l'Etat de Morelos et représentant personnel du Gouverneur Constitutionnel de l'Etat, Dr. Lauro Ortega; la Lic. Ana Laura Ortega Vila, Présidente du Système pour le Développement Intégral de la Famille (DIF) dans l'Etat de Morelos; le Lic. Ricardo Garcia Sainz, Directeur Général de l'IMSS et Président du CPISS; le Dr. Guillermo Soberon Acevedo, Secrétaire de la Santé du Mexique; et le Lic. Emilio Rabasa Gamboa, Directeur du CIESS.



## ALLOCUTION D'OUVERTURE DU SECRETAIRE GENERAL DE L'AISS M. VLADIMIR RYS

**Monsieur le Président, mesdames, messieurs**

J'ai le grand plaisir de vous apporter les cordiales salutations du Président et du Bureau de l'Association internationale de la sécurité sociale, ainsi que celles de l'ensemble de ses institutions membres dans 124 pays de tous les continents.

Permettez-moi tout d'abord de remercier chaleureusement les autorités de l'Institut mexicain d'assurance sociale pour leur excellente hospitalité, et pour le soin avec lequel elles ont organisé, en coopération avec le Comité permanent interaméricain de sécurité sociale, les conditions matérielles et techniques nécessaires pour nos travaux.

L'idée de la Table ronde qui nous réunit aujourd'hui a été lancée il y a un peu plus d'une année, lors d'une réunion qui s'est réunie à Genève en octobre 1983, à l'occasion de la XXI<sup>e</sup> Assemblée générale de l'AISS, sur le thème de la sécurité sociale et des services sociaux. Le Directeur de l'Institut mexicain d'assurance sociale, M. Garcia Sainz y présentait l'expérience mexicaine d'intervention de la sécurité sociale en faveur des groupes marginaux et c'est en conclusion de son exposé qu'il a formulé l'offre d'accueillir au Mexique une réunion sur ce même sujet organisée conjointement par l'Association internationale de la sécurité sociale, le Comité permanent inter-américain de sécurité sociale et l'Institut mexicain d'assurance sociale.

Notre réaction à cette offre ainsi que celle du Conseil de l'AISS a été immédiatement favorable, et ceci pour plusieurs raisons. Une première raison d'accueillir positivement l'idée de cette Table ronde, c'est que l'AISS s'intéresse à toutes les formes d'action des institutions de sécurité sociale. Si les prestations en espèces jouent un rôle prépondérant dans un grand nombre de régimes, il n'en est pas moins vrai que la sécurité sociale apporte aussi une contribution importante au développement des servi-

ces de soins de santé et des services sociaux, et que l'échange international d'expériences dans ces domaines peut être un réel facteur de progrès. Il y a bien longtemps que notre Association a entrepris l'étude des soins médicaux fournis dans le cadre de la sécurité sociale, en particulier dans des Tables rondes telles que — pour citer des exemples plus récents — la réunion de Brasilia en novembre 1981, qui a revêtu un caractère interrégional, et la réunion de Séoul en Corée en avril 1983, qui concernait l'Asie. Quant aux relations de la sécurité sociale et des services sociaux, l'intérêt de l'AISS pour la question remonte au tout début des années soixante et la Table ronde de l'an dernier à Genève, que j'évoquais il y a un instant, en est la manifestation la plus récente. La présente réunion va nous permettre, sur un sujet très concret, d'avancer encore dans l'échange international d'expériences en matière de services sanitaires et sociaux de la sécurité sociale.

Une autre raison importante pour appuyer l'idée de cette réunion est que l'AISS et ses institutions membres, si elles sont soucieuses avant tout de remplir au mieux leur mission envers les bénéficiaires des régimes de sécurité sociale, font aussi preuve d'une profonde préoccupation pour tous ceux qui restent encore à l'écart du champ d'action de ces régimes. Comment étendre le plus rapidement possible la portée des systèmes de sécurité sociale au profit de ceux qui en sont exclus, surtout dans les pays

en développement où, souvent, une minorité seulement de la population est actuellement couverte? Lorsqu'un tel projet se situe dans un avenir indéterminé, est-il possible de concevoir des solutions de remplacement qui, en attendant mieux, apporteraient une réponse au moins partielle aux problèmes de la protection sociale en faveur de la population rurale? Ces interrogations ne sauraient rester sans écho au sein de notre Association, qui a déjà cherché à y répondre à plusieurs reprises; je citerai à l'appui les Tables rondes sur la protection de la population rurale qui se sont tenues au cours de l'année 1980 à Kuala Lumpur pour la région asienne et à Porto Alegre pour la région américaine. Les travaux des deux réunions ont clairement démontré tant l'extrême difficulté des problèmes ainsi posés que la nécessité d'une approche à la fois réaliste et innovatrice, et l'on y a émis le voeu

que l'étude du rôle en milieu rural des institutions de sécurité sociale ou d'autres formes d'intervention qui les préfigurent soit activement poursuivie. La présente rencontre nous en donne opportunément une nouvelle occasion.

La volonté de l'AISS d'examiner en profondeur le problème des groupes de population qui sont encore en dehors de toute mesure de la protection sociale n'est qu'une autre façon d'exprimer la notion de solidarité qui est le fondement même de la sécurité sociale. C'est un mouvement naturel, partant de la solidarité à l'intérieur du système, que d'identifier aussi des liens de solidarité entre ceux qui bénéficient pleinement de la sécurité sociale et ceux qui n'en bénéficient pas encore. Cette constatation est, d'autant plus réconfortante qu'elle prend le contre-pied de la tendance, favorisée par la crise économique que nous traversons, à remettre en question les principes fondamentaux de la sécurité sociale et à nier les progrès accomplis en vue de l'établissement d'une société plus juste et plus proche de l'idéal d'une paix sociale.

### **Mesdames et messieurs:**

Comparée aux autres réunions interrégionales de l'AISS, celle-ci a pour originalité de prendre pour base de ses travaux les informations de première main que nous apporteront dans les jours qui viennent la présentation et l'observation de l'expérience du pays hôte. Il est vrai que cette expérience est remarquable à plus d'un titre, et avant tout parce qu'elle montre la solidarité en action. Le défi a été relevé de marquer la présence de l'institution de la sécurité sociale auprès de ces groupes marginaux des zones rurales qui sont pourtant les plus éloignés, dans l'espace comme dans le temps, de toute forme moderne de protection sociale. Cette expérience riche d'enseignements, auteurs des monographies préparées pour cette réunion et, je l'espère, l'ensemble des participants nous permettront de la comparer à d'autres qui en diffèrent quant à l'analyse des besoins prioritaires des groupes marginaux, quant à l'importance attachée à la composante sanitaire des programmes ou quant à la contribution apportée à la mise en oeuvre de ces programmes par les institutions de sécuri-



té sociale. Nul doute, cependant, qu'au delà de ces différences ne se retrouvent les mêmes objectifs de solidarité et de justice sociale.

**Mesdames et messieurs:**

La Table ronde d'Oaxtepec, de même que les diverses expériences sur lesquelles elle s'appuie, nous convie à reconnaître des voies nouvelles pour une action plus efficace. Dans la période actuelle où l'on tend à sacrifier le développement social à des exigences d'ordre économique à court terme, il est important que des réunions comme celle-ci puissent avoir lieu. Nous pouvons ainsi démontrer qu'en dépit des vicissitudes du présent, nos institutions ne renoncent pas à leur mission principale et ne ménagent pas les efforts pour avancer dans la voie du progrès social.

## DISCOURS PRONONCE PAR M. GUILLERMO SOBERON ACEVEDO, MINISTRE DE LA SANTE

C'est un grand plaisir pour moi d'inaugurer officiellement, au nom du Gouvernement de la République, la Table Ronde sur l'extension de la protection sociale aux groupes marginaux des zones rurales.

Notre pays jouit d'une longue expérience enrichissante dans le domaine de l'expansion des services de santé dans les zones de faible développement socio-économique. Tout particulièrement, le Programme de solidarité sociale par la coopération des communautés — IMSS-COPLAMAR — a rapporté de nombreux avantages pour plusieurs millions de Mexicains.

Ce programme, qui vous sera présenté au cours de cette table ronde, fut confié par le Gouvernement mexicain à l'Institut mexicain de la sécurité sociale afin de mettre à profit la capacité technique et logistique de celui-ci. Dans un délai très court l'infrastructure s'est développée de manière spectaculaire grâce au concours des ressources fiscales fédérales, de la compétence des institutions et de la participation des communautés.

Le Président du Mexique, M. De la Madrid, a accordé la priorité au renforcement du fédéralisme et pour cette raison, dès le début, il a annoncé que la santé et l'éducation seraient décentralisées au cours de son mandat. C'est dans ce but qu'un décret présidentiel, publié le 8 mars, ordonna la décentralisation du programme IMSS-COPLAMAR et des services d'assistance afin de créer dans les états des services de santé relevant directement des pouvoirs locaux.

Pendant cette étape de décentralisation, les ressources logistiques de l'Institut mexicain de la sécurité sociale et sa vocation prouvée de solidarité seront particulièrement utiles. La participation de cet institut permettra en effet de veiller à la bonne qualité des services.



La Secrétaire de la Santé du Mexique, le Dr. Guillermo Soberon Acevedo, au moment de déclarer les travaux de la Table Ronde formellement inaugurés. Il est accompagné, de gauche à droite, par le Lic. David Jimenez Gonzalez, Secrétaire Général de l'Etat de Morelos et représentant personnel du Gouverneur Constitutionnel de l'Etat, Dr. Lauro Ortega; la Lic. Ana Laura Ortega Vila, Président du Système pour le Développement Intégral, de la Famille (DIF) dans l'Etat de Morelos; le Lic. Ricardo García Sáinz, Directeur Général de l'IMSS et Président du CPISS; M. Vladimir Rys, Secrétaire Général de l'AISS; et le Lic. Emilio Rabasa Gamboa Directeur du CIESS.

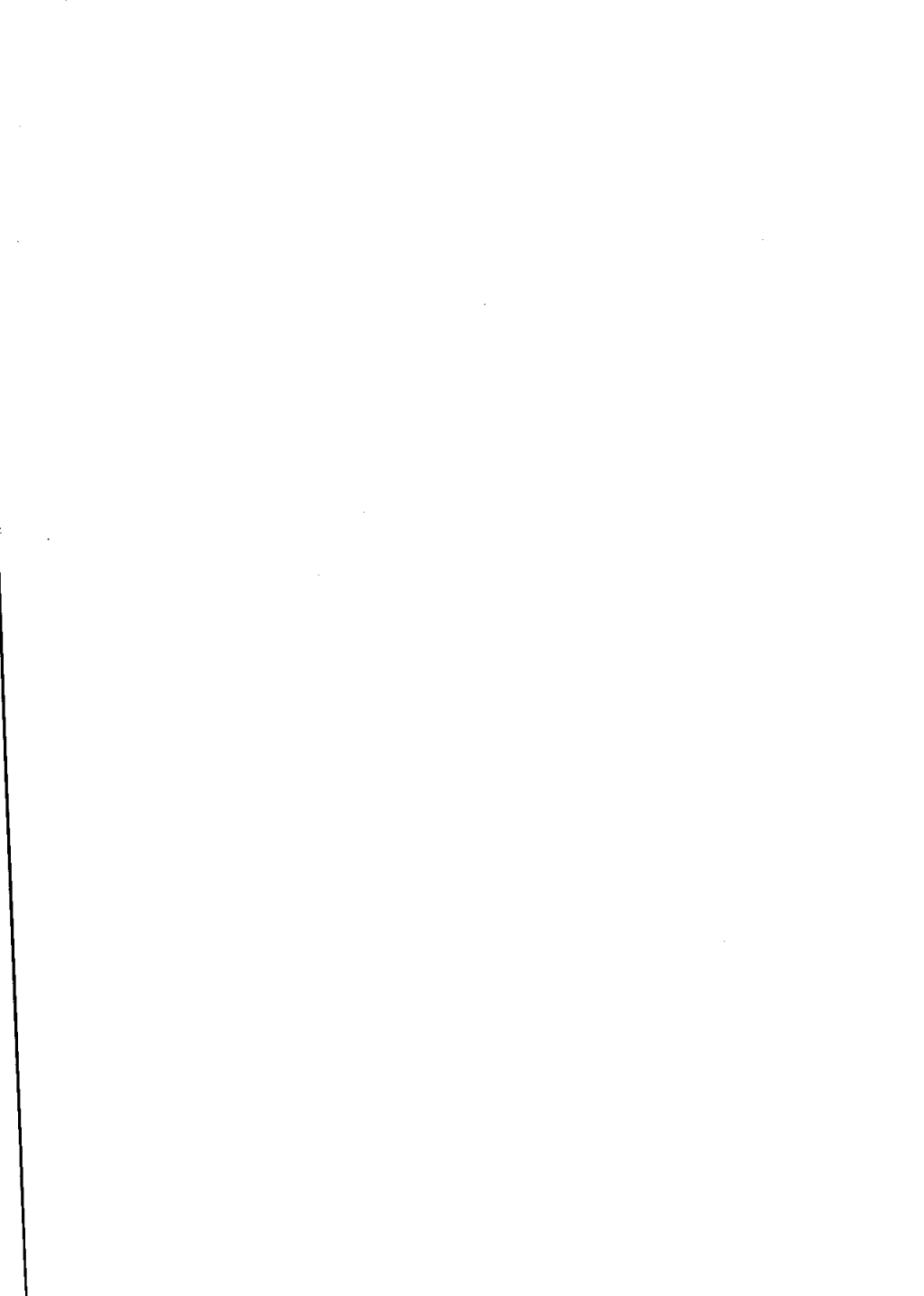
**LES ORGANISMES INTERNATIONAUX  
ET LA SECURITE SOCIALE POUR  
LES GROUPES MARGINAUX RURAUX**



MEMBERS OF THE BOARD OF DIRECTORS OF THE NATIONAL ASSOCIATION OF REALTORS MEETING AT THE HOTEL MONTELEONE, DALLAS, TEXAS, APRIL 15, 1964.



Aspect général de la Réunion. Les délégués du Guatemala, des Philippines, des Etats Unis, de la Corée, du Honduras, de l'Inde, du Rwanda, du Kenya, du Nicaragua, du Togo, de l'URSS et du Mexique.



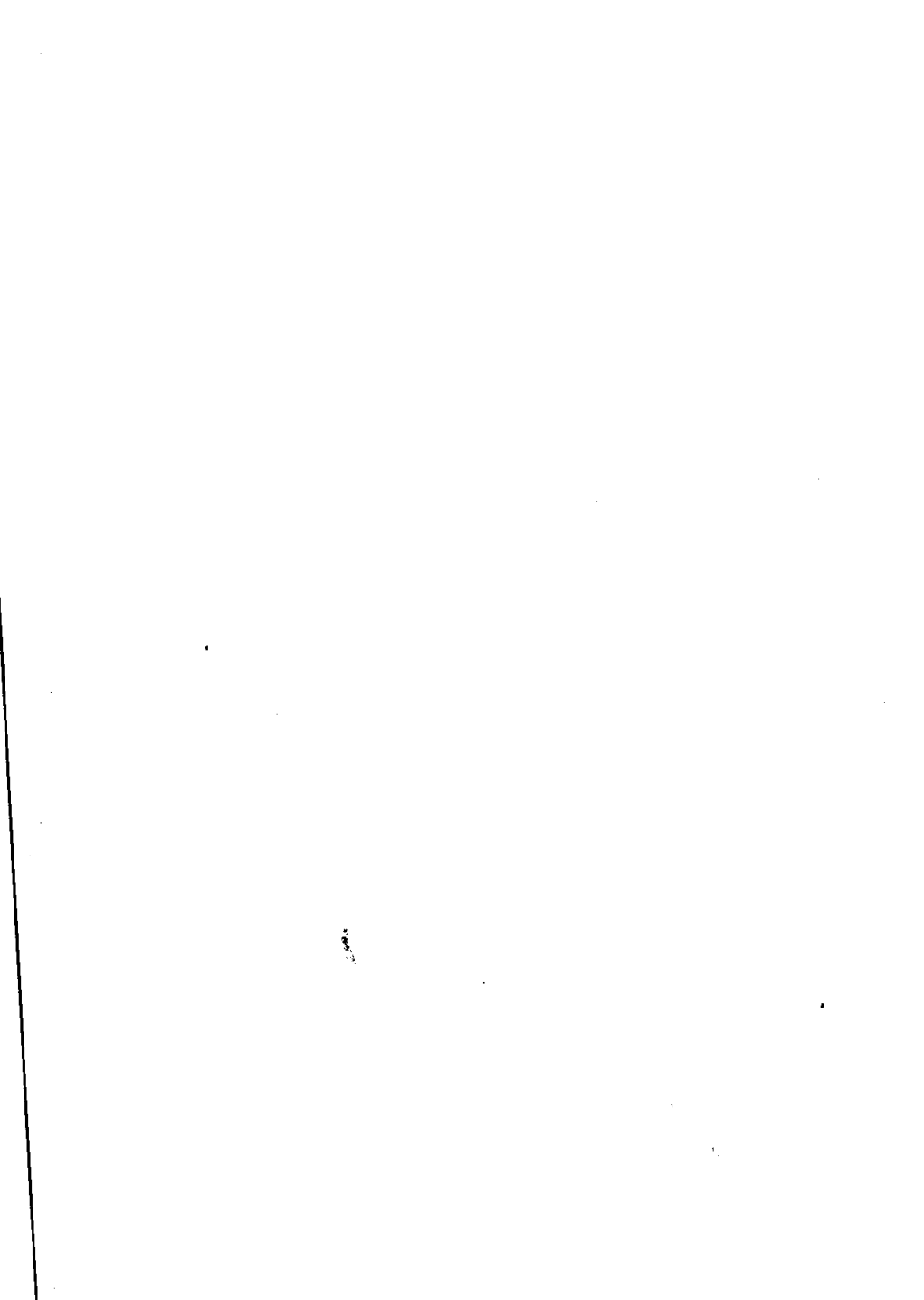
LA PROBLEMATIQUE INTERNATIONALE  
DE LA PROTECTION SOCIALE  
DES GROUPES MARGINAUX  
DES ZONES RURALES.\*

Alfred Mallet\*\*

\* Document introductif présenté par l'Association Internationale de la Sécurité Sociale.

\*\* Consultant de l'AISS.





## INTRODUCTION

La protection sociale de la population rurale est depuis longtemps l'objet des préoccupations de l'Association internationale de la sécurité sociale et de nombre de ses organisations membres, notamment dans les pays en développement. Les difficultés que peut soulever l'accès au bénéfice de la sécurité sociale des segments les plus déshérités de la population, malgré l'acuité de leurs besoins, est aussi pour l'AISS un sujet d'intérêt permanent. La protection sociale des groupes marginaux dans les zones rurales relève de l'un et l'autre de ces thèmes de recherche et d'action, et mérite à ce titre une attention toute particulière.

C'est pourquoi l'AISS salue comme très opportune l'organisation de la Table ronde pour laquelle elle a établi le présent document introductif, et a accepté avec plaisir de s'associer à cette initiative conjointement avec le Comité permanent interaméricain de sécurité sociale et l'Institut mexicain d'assurance sociale.

Dans ce document introductif, on s'est efforcé en premier lieu de préciser la notion de groupes marginaux. Les chapitres suivants traitent de deux aspects essentiels des programmes existants pour les groupes marginaux ruraux, notamment l'expérience mexicaine autour de laquelle a été organisée la Table ronde: la priorité donnée aux actions dans le domaine de la santé, et les efforts tendant à encourager la participation des intéressés. Le document traite ensuite des problèmes majeurs affectant les groupes marginaux ruraux — sous-emploi, occupation précaire de sols, analphabétisme et manque de formation professionnelle, difficultés d'ordre économique, problèmes d'alimentation et de logement — et des programmes susceptibles d'améliorer la situation de ces groupes.

A l'intérieur de la population rurale qui souffrent généralement elles-mêmes de sous-développement, il n'est pas facile de distinguer le sort particulier de certains secteurs de la population qui, placés pour diverses raisons en situation marginale, risquent de rester à l'écart de tout progrès socio-économique intéressant le monde rural qui les entoure. Pour cette raison, le présent docu-

ment se réfère souvent à des expériences et solutions nationales qui ne concernent pas exclusivement les groupes marginaux, et il appartiendra à la Table ronde de pousser plus loin l'analyse.

D'autre part, les sources documentaires utilisées pour la rédaction du document sont loin d'être exhaustives. Lorsque l'expérience d'un ou de plusieurs pays est citée et que d'autres pays ne sont pas mentionnés, cela ne signifie en aucune manière qu'il n'existe pas dans ces derniers d'activité dans le domaine de la protection des groupes marginaux ruraux mais seulement qu'on ne disposait pas d'informations à ce sujet. De plus, en ce qui concerne les expériences nationales qui sont reprises, il faut tenir compte de la rapidité avec laquelle la législation évolue et des progrès sont réalisés, de sorte que les références de ce document peuvent très bien déjà être dépassées par la situation actuelle. L'exposé des expériences nationales prévu au point 3 de l'ordre du jour de la Table ronde permettra de compléter la description de la situation actuelle en matière de protection des groupes marginaux ruraux.

## DEFINITIONS DES GROUPES MARGINAUX

Pour examiner la problématique internationale de la protection sociale des groupes marginaux des zones rurales, il convient d'essayer tout d'abord de préciser à quelles personnes ou à quels groupes du secteur rural se rapporte cette appellation. C'est en précisant ce point que nous pourrions déduire leurs nécessités de base et, par conséquent, les moyens de protection les mieux adaptés. Il faut prendre le terme "marginal" dans un sens sociologique ou socio-économique et non pas dans le sens qui lui est donné en économie. Une entreprise "marginale" est celle dont le coût de production est presque égal au prix possible de vente du produit et qui, pourtant se trouve en danger de faillite pour peu que le prix du produit baisse. Par "marginalisme", on désigne une théorie économique selon laquelle la valeur d'échange est déterminée par celle de la dernière unité disponible d'un produit. Il n'est pas nécessaire ici de citer les théories sur la "marginalité" au sens économique du terme.

Le terme "marginaux" n'est pas non plus dans ce document utilisé dans un sens strictement culturel, selon lequel on considère comme "marginaux" ceux qui appartiennent à des groupes ethniques et linguistiques différents de ceux qui prédominent dans la société où ils vivent. Il est indéniable cependant que la marginalité culturelle et la marginalité socio-économique se confondent souvent comme c'est le cas par exemple des groupes indigènes d'Amérique latine.

Etant donné que cette Table ronde a lieu au Mexique, nous pourrions commencer, pour définir les "groupes marginaux", par adopter les éléments que signale R. Garcia Sainz dans son document sur le Mexique intitulé "Sécurité sociale et services sociaux pour les groupes marginaux" (ISSA/GA/XXI/RT/5), à savoir ceux qui reflètent entre autres le manque de services sociaux, sanitaires et éducatifs, le chômage et le sous-emploi croissant, la faible productivité et les carences alimentaires. Comme nous pouvons le constater, cette définition va bien au-delà des aspects strictement économiques et caractérise tout le milieu dans lequel évoluent les groupes en question.

Mais d'un pays à l'autre, les sociologues, les économistes et les responsables de la politique d'aide aux groupes les plus défavori-

sés du secteur rural proposent des définitions différentes, généralement basées sur des critères économiques. C'est le niveau des ressources qui permet de déterminer si un groupe ou un individu du secteur rural se trouve en situation de pauvreté.

Jules Klanfer affirme que: "la pauvreté n'est pas la marginalité". Elle pousse à la marginalité, mais elle n'y mène pas nécessairement. Selon lui, lorsque l'on qualifie un paysan de marginal, ce terme s'applique à la taille et au rendement de sa petite exploitation agricole, non à sa position sociale, et l'intéressé est parfois un membre respecté de son village et parfaitement intégré à ce dernier. Il ajoute qu'à son avis, les familles marginales rurales ne sont pas précisément celles qui vivent dans les zones rurales en déclin, mais bien celles qui vivent misérablement dans le monde rural, isolées et méprisées<sup>1</sup>. Pour des raisons pratiques, dans le cadre de ce document, on peut admettre que "pauvreté" est souvent l'équivalent de "marginalité" et il est donc intéressant d'examiner ce qui a été fait dans certains pays pour aider les groupes ruraux pauvres et quelle est, à cet effet, la définition de "pauvre" dans le secteur rural.

En Inde, par exemple, B.S. Minhas évalue le niveau de pauvreté rurale en fonction du revenu des membres des communautés rurales qui disposent pour vivre de moins que le minimum vital légal: un revenu de 20 roupies par mois et par personne (prix de 1960-61) constituerait la ligne de démarcation entre ceux qui sont pauvres et ceux qui ne le sont pas. Il complète sa définition en distinguant ceux qui ne travaillent pas la terre et ceux qui la travaillent et, dans ce dernier cas, il examine la superficie cultivée en fonction d'un certain minimum<sup>2</sup>. Selon le même auteur, il peut y avoir ambiguïté dans la définition de certains groupes de populations tels que les paysans sans terre, les cultivateurs marginaux, les membres de certaines tribus, de certaines castes précises (il s'agit de l'Inde) et d'autres catégories défavorisées de la population.

1. J. Klanfer, *Le sous-développement humain*, Paris, les Editions ouvrières, 1967.
2. B.S. Minhas, *Rural Development for weaker sections*. Bombay, Indian Society of Agricultural Economics, Seminar Series XII, 1974.

Une enquête a révélé qu'en Inde, les habitants du monde rural "dans la misère" présentent les caractéristiques suivantes: ils ne possèdent pas de terre; ils ne disposent pas d'un capital, si modeste soit-il; leur capacité physique au travail est faible; ils n'ont pas l'esprit d'entreprise; l'éducation et la formation professionnelle leur font défaut. Au Sri Lanka, la pauvreté commence lorsque le revenu est inférieur à 300 roupies par mois pour une famille de cinq personnes, mais le seul niveau des revenus n'est pas suffisant pour caractériser la pauvreté rurale. Des études effectuées dans le but de définir la pauvreté rurale, en vue d'éventuelles mesures d'assistance publique, tiennent compte de la sous-alimentation, de la mauvaise santé, de conditions de vie nettement insuffisantes, dans certaines régions du manque de protection contre le froid, voire dans certains cas du montant des dettes<sup>3</sup>. Au Gabon, le ministère de la Sécurité sociale définit comme "indigente" toute personne de nationalité gabonaise, non salariée, ne bénéficiant d'aucun régime de sécurité sociale et ne disposant pas de ressources financières supérieures au niveau du salaire minimum interprofessionnel garanti. Dans le secteur rural, on constate que cette définition s'applique particulièrement aux paysans dont la production agricole leur permet à peine de subvenir à leurs propres besoins. La classification comme "indigent", applicable aux personnes vivant dans les zones tant urbaines que rurales, permet l'obtention d'un certificat après vérification des ressources de l'intéressé. Ce certificat est nécessaire pour bénéficier de certaines prestations d'aide; il permet, par exemple, à son possesseur d'être hospitalisé gratuitement.

En Thaïlande, il est estimé que la grande pauvreté dans le secteur rural commence lorsque le revenu par personne est inférieur à 1 980 bahts par an<sup>4</sup>, sachant qu'une personne adulte dans ce secteur nécessite au minimum 1 340 bahts par an pour l'alimentation et 640 bahts pour d'autres besoins.

Selon deux chercheurs du Programme régional du BIT pour l'emploi en Amérique latine et aux Caraïbes qui ont examiné la

3. Voir P. Richards et W. Gooneratne, *Basic needs, poverty and government policies in Sri Lanka*, Genève, BIT, 1980.

4. En 1980, lorsque ces données ont été définies, 1 \$US valait 20.25 bahts.

situation de la population rurale au Honduras et à Panama, les indigents de la campagne se caractérisent de la façon suivante: ils manquent de terre à cultiver ou travaillent à leur propre compte dans de très petites exploitations dont la productivité est extrêmement faible; les taux de malnutrition et d'analphabétisme sont élevés; ils vivent dans des régions isolées manquant de tout service de base et leurs possibilités d'accès aux soins médicaux sont très réduites<sup>5</sup>.

Aux difficultés que l'on rencontre pour identifier, définir et préciser quels sont les groupes marginaux s'ajoute le fait que les conditions et les caractéristiques qui font qu'un groupe est considéré comme marginal peuvent être très différentes d'un pays à l'autre. De même, un revenu inférieur à un certain minimum, aux Etats-Unis par exemple, peut permettre de définir le niveau de pauvreté alors que dans d'autres pays il serait considéré comme satisfaisant. Le montant du revenu n'est pas en soi un critère suffisant pour qualifier un groupe rural de "marginal". On peut estimer que les groupes marginaux ruraux se composent essentiellement de non-salariés, ce qui comprend des fermiers, voire des propriétaires de parcelles extrêmement réduites, des métayers et d'autres travailleurs agricoles dont l'appellation varie selon les pays, c'est-à-dire de paysans apparemment indépendants, sans oublier ceux qui occupent les terres illégalement ou à titre précaire.

Un paysan peut être pauvre ou marginal en raison de la conjonction de plusieurs facteurs: la surface des terres dont il dispose peut être extrêmement réduite; il peut manquer, comme cultivateur, de capacité ou d'esprit d'entreprise, ce qui entraîne son incompetence dans la culture elle-même et dans le choix des produits les plus rentables; son capital d'exploitation peut être faible. Dans la recherche de solutions aux problèmes que pose la population rurale "marginale" ou pauvre, il faudra tenir compte de chacun de ces facteurs. Il faut savoir que l'élimination de seulement quelques-uns de ces facteurs ne signifie pas l'élimination de la pauvreté ou de la marginalité.

5. C. Elton et R. Pinock, *La evolución de la pobreza rural en Panama*, document de travail PREALC/222. G. Molina et R. Reina, *La evolución de la pobreza rural en Honduras*, document de travail PREALC/223, Santiago de Chili.

Il ne semble pas nécessaire de s'appesantir davantage sur les définitions de la "marginalité" et de la pauvreté. Celles que nous venons de citer suffisent à donner une idée générale de ce que sont les catégories de personnes auxquelles ce rapport s'intéresse. Les problèmes que pose la protection sociale des groupes marginaux dans les zones rurales ne sont pas dissemblables de ceux que pose la protection de la population rurale en général, mais ils sont aggravés par la situation économique et culturelle de ces groupes.

En essayant de concevoir des programmes viables visant à l'amélioration de la situation des groupes marginaux ruraux, il faudra :

- a) évaluer la situation existante, les besoins les plus urgents et déterminer les principaux obstacles qui s'opposeront à leur réalisation;
- b) établir un plan d'activités ainsi que les stratégies techniques et méthodes à utiliser;
- c) procéder à une estimation du niveau de participation possible des bénéficiaires potentiels à la réalisation des programmes;
- d) assurer éventuellement une coordination avec les organismes déjà existants dans le secteur rural et dont les activités sont en relation avec les objectifs fixés.

Ce document se rapporte exclusivement aux groupes marginaux des zones rurales. Nous n'examinerons pas les groupes marginaux urbains qui constituent généralement des noyaux très importants en nombre dans les grandes villes et vivent dans les taudis ou parfois dans des quartiers entiers composés de logement précaires. Il convient de noter qu'il s'agit en partie d'habitants du monde rural qui ont émigré vers les centres urbains en emportant avec eux leurs difficultés socio-économiques, c'est-à-dire leur "marginalité". Faire baisser l'extrême pauvreté, la "marginalité", des groupes ruraux revient à la faire baisser également dans les centres urbains.

Nous ne tiendrons pas compte non plus de ceux dont la condition rurale est incertaine, comme par exemple les gitans et autres nomades qui peuvent être relativement sédentarisés. Il s'agit là de marginaux au sens culturel dans la mesure où, en raison de leurs coutumes, ils vivent en marge de la société. Malgré leur niveau de vie modeste, la solidarité qui règne au sein de leur groupe leur procure apparemment une certaine protection, du moins contre les principaux besoins.



## LA PROTECTION SANITAIRE ET SOCIALE DES GROUPES MARGINAUX

Parmi les différents aspects de la protection requise par les groupes marginaux dans les zones rurales, la protection de la santé doit être considérée en priorité. Un individu qui, en raison de sa situation économique et sociale difficile, se trouve dans le besoin, voudrait en tout premier lieu pouvoir être certain que ses enfants, sa femme et lui-même recevront des soins médicaux. Des aspirations très importantes telles que l'éducation, l'emploi, la possession de terres, le logement, sont secondaires par rapport au désir primordial de préserver la santé et donc la vie même de la famille. Il est significatif de constater qu'un pays comme le Mexique, qui a accordé une attention particulière à ses groupes sociaux marginaux, ait, au moment d'élaborer un programme de protection à leur intention, donné à celui-ci la forme d'un régime d'aide médicale, pharmaceutique et hospitalière destinée au chef de famille, à son épouse ou à sa compagne et à ses enfants.

L'extension des soins de santé aux zones rurales rencontre de graves problèmes dans les pays en développement. Dans la majorité de ces pays, la protection limitée ou nulle du secteur rural par les régimes de sécurité sociale reflète les difficultés qu'ils rencontrent. Ces régimes étant généralement financés par les cotisations des travailleurs, des employeurs et souvent de l'Etat, il est facile de comprendre pourquoi les difficultés augmentent dès qu'il s'agit de protéger des groupes dont les possibilités de contribution sont faibles ou inexistantes. Les groupes marginaux du secteur rural ainsi que ceux que l'on qualifie de pauvres de trouvent automatiquement exclus de la protection par les régimes de sécurité sociale puisqu'ils ne remplissent pas les conditions d'emploi ni même de relative stabilité qui leur donneraient droit à cette protection. Le Mexique constitue une exception remarquable dans la mesure où le programme IMSS-COPLAMAR protège les groupes marginaux du secteur rural sans qu'ils aient à effectuer de stage pour l'ouverture des droits aux prestations ni à payer de cotisation; ce programme est géré par l'Institut mexicain d'assurance sociale qui, de plus, fournit le personnel et le matériel nécessaires à son fonctionnement.

D'une façon générale, la façon selon laquelle les services de protection de la santé sont mis à la disposition des groupes marginaux varie selon le contexte national.

## 1. Modalités de la protection sanitaire en milieu rural

### L'assistance publique

Il convient de mentionner, en premier lieu, l'assistance publique traditionnelle. L'individu qui sollicite les soins médicaux auprès des institutions d'assistance publique n'invoque pas un droit; il doit prouver qu'il se trouve "en état de besoin", pratiquement dans l'indigence et accepter que ses ressources soient vérifiées avec la stigmatisation que cela implique. Mais, de plus, il faut que la zone rurale où il réside dispose de personnel et d'installations, ce qui, très souvent, n'est pas le cas.

Il existe des pays en développement où les services médicaux ruraux sont ouverts également aux groupes marginaux ou aux personnes vivant dans la misère. A titre d'exemple, on peut citer la République de Corée où, en 1980, le programme d'aide médicale protégeait près de 2 134 000 personnes nécessiteuses tant dans les zones rurales que dans les villes. Cette année là, on comptait 2 396 cliniques spécialisées dans les soins de santé primaires et 220 hôpitaux de soins secondaires. L'Etat couvre les frais médicaux des individus incapables de subvenir à leurs besoins. On estime que plus de 60 pour cent des 1 048 000 patients qui ont reçu des soins médicaux en 1979 provenaient de zones rurales, encore que seule une minorité d'entre eux pouvaient, en réalité, être considérés comme pauvres ou marginaux.<sup>6</sup> En Indonésie, les programmes destinés aux pauvres nécessitent les soins de santé. En Grèce, les dispensaires ruraux et les hôpitaux d'Etat fournissent une aide médicale de base aux agriculteurs,

6. H.R. Chhabra, "National strategies for the provision of rural social security in developing countries of Asia", in AISS, *Table ronde régionale asiatique sur la protection de la population rurale en matière de sécurité sociale dans les pays en développement* (Kuala Lumpur, juillet 1980), New Delhi, Bureau régional pour l'Asie et l'Océanie.

mais ces prestations sont soumises à l'examen des ressources de l'intéressé, ce qui révèle leur caractère d'assistance.<sup>7</sup>

### **La sécurité sociale**

Une autre forme de protection de la santé pour les groupes en question est celle qu'offrent les régimes de sécurité sociale qui ont étendu leur champ d'application à l'ensemble du territoire du pays et à toute la population. En limitant les exemples aux pays en développement d'Amérique latine, on peut citer le Costa Rica où l'"universalisation" de la sécurité sociale prévue par la Constitution comprend la généralisation du droit à l'aide médicale; en principe, les personnes protégées par la sécurité sociale doivent verser des cotisations et, si elles sont salariées, leurs employeurs doivent également cotiser, mais c'est l'Etat qui assure ceux que la situation socio-économique empêche de payer ces cotisations; de plus, l'Etat contribue au financement de l'ensemble du système de sécurité sociale en lui cédant le produit de divers impôts. A Cuba, la population tout entière a droit aux prestations de santé.

### **Systèmes mixtes basés sur la solidarité sociale**

Le Mexique est un exemple important d'application du principe de la solidarité sociale. Historiquement, dans les pays où elles existent, les prestations d'assistance publique ont été accordées aux bénéficiaires non pas en tant que droit mais bien en tant que faveur, et ont été soumises à la vérification des difficultés économiques du demandeur. Elles représentent une survivance des anciens concepts de charité et de bienfaisance. La création des assurances sociales par Bismarck, il y a un siècle, a constitué la reconnaissance d'un droit à certaines prestations en vertu de l'appartenance à une certaine catégorie professionnelle et du paiement d'une contribution; la première branche instituée fut précisément l'assurance maladie. Beveridge a modifié le concept d'appartenance à certaines catégories et affirmé que: "Tout le

7. K. Thompson, "Outline of selected rural social security schemes in developing countries outside Asia", in AISS, *Table ronde régionale asiatique*, op. cit.

monde doit pouvoir bénéficier de tous les services médicaux" Nombreux sont aujourd'hui les pays où la sécurité sociale protège toute la population et où sont accordées des prestations non contributives. Au Mexique, la nouveauté réside dans l'affirmation d'une nouvelle doctrine: celle de la solidarité sociale. Conformément à l'article 237 de la loi sur l'assurance sociale, "l'Institut organise, établit et gère des centres médicaux destinés aux services de solidarité sociale; ces services sont accordés exclusivement aux couches de la population qui, compte tenu de l'état de développement du pays, constituent dans les zones rurales, périphériques et urbaines des groupes profondément marginaux et que le pouvoir exécutif fédéral définit comme sujets de la solidarité sociale". L'article 236 de cette même loi précise en quoi consistent les services de solidarité sociale; ceux-ci visent en particulier à la protection de la santé. Selon R. Garcia Sainz: "La portée de la doctrine traditionnelle en matière d'assurance sociale s'enrichit ainsi d'une conception intégrale de la sécurité sociale au Mexique. A la protection qui est accordée aux travailleurs qui ont la possibilité d'apporter leur contribution s'ajoute le service solidaire qu'offre l'Etat à ceux qui n'ont pas d'emploi ou qui ne disposent pas des ressources économiques suffisantes<sup>8</sup>."

D'autres expériences nationales s'appuient également sur la notion de solidarité sociale et accordent, comme au Mexique, un rôle majeur à l'administration de la sécurité sociale pour la mise en oeuvre de l'équipement du personnel sanitaire. On citera notamment à cet égard l'exemple du Mali et celui des Philippines.

Il faut souligner que la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>9</sup> stipule que: "Chaque individu, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale..." et que la Déclaration

8. R. García Sainz, "Sécurité sociale et services sociaux pour les groupes marginaux", *Table ronde sur l'action de la sécurité sociale dans le domaine des services sociaux*, Genève, AISS, XXI<sup>e</sup> Assemblée générale, octobre 1983.

9. Adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU, Paris, 1948.

américaine des droits de l'homme<sup>10</sup> réaffirme ce même droit. Le fait que les services de solidarité sociale permettent aux groupes marginaux de disposer d'une des plus importantes composantes des services de la sécurité sociale, à savoir l'aide médicale, signifie la reconnaissance effective de ce droit.

### Les soins de santé primaires

La santé pour tous les citoyens du monde est l'objectif précisé dans les déclarations de l'Organisation mondiale de la Santé, notamment par les Assemblées mondiales de la Santé de 1977 et 1979. La Conférence de l'OMS et de l'UNICEF à Alma Ata en 1978 a même fixé un délai pour la réalisation de cet objectif: "Santé pour tous en l'an 2000". Il n'est pas nécessaire de préciser que "tous" inclut les groupes marginaux ou pauvres du secteur rural.

Pour atteindre cet objectif, la conférence a proposé la stratégie des soins de santé primaires, dont la définition est la suivante: les soins de santé primaires consistent essentiellement en l'aide sanitaire mise à la portée de tous les individus et de toutes les familles de la communauté, selon des modalités qui leur soient acceptables, avec leur participation totale et à un prix que la communauté et le pays puissent supporter. Les soins de santé primaires qui constituent également le noyau du régime national de santé font partie du développement économique et social de la communauté.

Une étude de l'AISS révèle que, dans certains pays d'Asie en développement, les soins de santé primaires représentent un prolongement des services de santé de base fournis par l'Etat, que dans d'autres ils font partie de l'action des communautés et que dans d'autres encore ils constituent une combinaison des deux.<sup>11</sup>

10. Approuvée par la 9e Conférence de l'Organisation des Etats américains, Bogotá, 1948.
11. W.R. McGillivray, "Observations on the provision of social security protection to rural workers and their dependants". in AISS, *Table ronde régionale asiatique, op. cit.*

Il est évident que ces trois types d'action présentent des variations spécifiques selon les pays. Là où c'est la communauté elle-même qui a assuré la promotion des soins de santé primaires, l'expansion des services de santé de base de l'Etat s'est traduite par l'apport de la formation nécessaire, de la logistique, des conseils techniques et de la supervision.

Dans ces pays, on a estimé que les services de soins primaires doivent être accessibles, acceptables, adaptés et largement utilisés. Ils doivent traiter les problèmes de santé de la population rurale en tenant compte du niveau de santé et des maladies principales de la localité. Généralement, la majorité des problèmes peuvent être résolus grâce à une technologie élémentaire et à une thérapeutique simple appliquée par un travailleur de santé vivant sur place. Ce travailleur a besoin d'une formation appropriée, bien que de courte durée, complétée par un recyclage continu sur place avec l'aide et la supervision de la communauté locale et du personnel du service de santé. Il est souhaitable non seulement que ce travailleur apporte des soins minimums de santé à la population de tout le village, mais qu'également il participe à d'autres programmes locaux de développement. Les soins de santé primaires, en tant que partie intégrante du système de santé et, d'une façon générale, de tout le programme de développement économique et social, doivent reposer sur une coordination adéquate à tous les niveaux entre le secteur santé et les autres secteurs concernés.

Un document de l'Organisation panaméricaine de la Santé<sup>12</sup> précise: "Les soins primaires reconnaissent et incorporent tant en principe qu'en pratique les initiatives que la communauté a prises de façon traditionnelle en matière de soins de santé; ils les orientent et favorisent leur articulation et leur harmonisation avec les interventions des régimes de santé organisés."

12. BIT, Consultation technique régionale sur les stratégies en vue du développement des programmes de santé de la sécurité sociale; Dr. J. Castellanos, *Políticas y metas regionales de salud: conceptos básicos y componentes de la atención primaria*. Washington, Organisation panaméricaine de la Santé, 1982.

En résumé, les soins de santé primaires, en raison des moyens très modestes qu'ils requièrent, constituent un système très adéquat pour la protection de la santé des groupes marginaux.

Cette stratégie peut être conjuguée avec les efforts déployés pour arriver à l'"universalisation" des régimes de sécurité sociale. La protection universelle existe dans de nombreux pays industrialisés, mais également dans plusieurs pays en développement. Dans la mesure où la sécurité sociale s'étend à tout le territoire d'un pays et à sa population tout entière, les problèmes que posent les groupes marginaux trouveront une solution. En attendant que cet objectif soit atteint, il faudra prendre des dispositions spéciales pour répondre aux principaux besoins de ces groupes.

## **2. Problématique de la protection sanitaire en milieu rural**

Les problèmes posés par l'extension de l'aide médicale aux secteurs ruraux des pays en développement ont déjà été évoqués lors de réunions internationales et dans le cadre d'études réalisées par des experts<sup>13</sup>. Ces problèmes peuvent être résumés de la façon suivante: insuffisance des établissements et des équipements de soins médicaux combinée au manque de ressources permettant de construire de nouveaux centres de soins et de les équiper; manque de médecins, d'infirmières et de personnel paramédical ainsi que, dans de nombreux pays, refus des professionnels de la santé de s'installer dans le monde rural où les conditions de vie sont difficiles; enfin, dispersion de la population sur de très vastes étendues territoriales entraînant une faible densité de population et un manque de routes, moyens de télécommunications, etc.

### **Insuffisance des établissements et des équipements**

Apparemment, la solution la plus efficace devrait consister à construire des établissements partout où ils font défaut et à les

13. Voir entre autres: A. Mallet, "La protection sociale de la population rurale", *Revue internationale de sécurité sociale*, No. 3/4 1980, Genève, AISS.

doter des équipements nécessaires. C'est de cette manière que le problème a été abordé au Mexique dans le cadre du programme IMSS-COPLAMAR que nous avons déjà mentionné. Des efforts considérables ont été déployés pour la construction de nouveaux dispensaires et pour l'agrandissement ou la rénovation de ceux qui existaient déjà de sorte que, fin 1982, le pays comptait 3 025 centres médicaux ruraux, 8 hôpitaux ruraux de soins de premier niveau et 52 hôpitaux de soins intégraux. Il s'agit là d'installations qui ne sont pas exclusivement destinées aux groupes marginaux mais à l'ensemble de la population protégée par l'Institut mexicain d'assurance sociale; la décision d'accorder les soins de santé à ces groupes a été déterminante pour le développement vigoureux qu'ont connu les établissements et les équipements de soins ruraux<sup>14</sup>.

Etant donné que beaucoup de pays en développement n'ont pas les ressources financières ou la volonté politique pour entreprendre la construction et l'équipement à grande échelle de centres de soins médicaux ruraux, il faut, dans ces cas-là, faire appel à d'autres méthodes.

i) On peut avoir recours à l'*intégration*, c'est-à-dire à la fusion des établissements et du personnel de protection de la santé existant dans le secteur rural afin d'obtenir un rendement maximum. Parmi les expériences réalisées dans ce sens, il faut citer le Costa Rica où, en vertu d'une loi, tous les hôpitaux des "Patronados" et des "Juntas de protection social" sont passés sous le contrôle de la Caisse costaricienne d'assurance sociale; la Caisse a alors eu l'obligation d'accorder l'aide médicale à la population rurale en général, y compris à ceux qui ne sont pas assurés-cotisants et pour lesquels la législation a prévu de nouvelles ressources. A Cuba, en 1960, tous les centres et services médicaux publics et

14. Nous ne donnerons pas ici plus de détails ni de données statistiques dans la mesure où le second point à l'ordre du jour de cette Table ronde confié au Mexique la présentation d'un exposé sur "Les interventions des institutions de sécurité sociale dans les zones marginales rurales"; et il ne fait aucun doute que nous aurons alors plus d'informations sur le programme IMSS-COPLAMAR.



privés ainsi que le commerce et l'industrie pharmaceutiques ont été intégrés au ministère de la Santé publique. Le Chili a fourni le premier exemple de la politique d'intégration en Amérique latine lorsque, en 1952, a été créé le Service national de santé qui réunissait le personnel et les établissements de la Caisse d'assurance obligatoire (assurance sociale des ouvriers), de la "Beneficencia Publica" (assistance sociale), de la Direction générale de la santé, des municipalités et d'autres organismes d'Etat. En principe, ces centres du Service national de santé étaient accessibles à l'ensemble de la population y compris aux groupes pauvres ou marginaux. Aujourd'hui, les principes qui ont été adoptés dans ce pays quant à la "privatisation" de la sécurité sociale ont entravé le développement du Service national de santé. En Inde, en 1973, a été lancé un projet appelé "Services intégrés de santé rurale" ou projet MIRAJ. L'intégration concernait les services existants de planification familiale, de soins à la mère et à l'enfant, de lutte contre la malaria et contre la tuberculose, ainsi que le service pour les lépreux et l'école de santé. Les services intégrés par ce projet ont permis d'apporter des soins à une proportion considérable de la population rurale, y compris les groupes marginaux. Au Nicaragua, dès 1979, on a procédé à l'intégration dans un régime national de santé unique des services médicaux de l'Institut nicaraguayen de sécurité sociale, de la "Junta Nacional" et des "Juntas locales de asistencia y previsión social" ainsi que d'autres services chargés de la fourniture de soins médicaux. Au Panama, en 1973, les services de protection de la santé ont été intégrés à la Caisse d'assurance sociale qui allait dès lors couvrir tout le pays. En Thaïlande, il existe en principe un régime universel de santé publique mais, en réalité, un faible pourcentage seulement de la population rurale (environ 15 pour cent) utilise ces établissements, tandis que 51 pour cent de la population préfèrent faire appel aux services médicaux privés ou ont recours à la médecine traditionnelle (guérisseurs, herbes, etc.). Nombreux sont les centres de soins ou hôpitaux de district qui sont sous-utilisés, et les paysans parcourent de longues distances pour rejoindre des hôpitaux provinciaux. Ce phénomène semble révéler le manque d'information de la population rurale quant aux avantages qu'elle aurait à utiliser les services officiels existants. Le problème ne réside peut-être pas uniquement dans l'in-

formation: il semblerait que les paysans témoignent d'une certaine méfiance à l'égard de la compétence du personnel des établissements locaux ou de district ou à l'égard des traitements qu'ils peuvent y recevoir.

Bien qu'il y en ait d'autres, les exemples cités nous semblent suffisants pour démontrer que l'intégration des établissements et du personnel permet de répondre efficacement à l'insuffisance d'installations et d'équipements, d'améliorer le rendement des moyens existants et de rendre ainsi possible l'extension des services de santé aux zones rurales ainsi que des soins aux groupes marginaux. L'Organisation panaméricaine de la Santé, dans ses publications et lors de réunions internationales, a conseillé l'intégration des services de protection de la santé.

ii) La *coordination* des services se justifie lorsque les conditions locales ou nationales ne sont pas favorables à une intégration totale. Travailleurs et employeurs peuvent être les uns et les autres opposés à l'intégration, dans un seul organisme, d'établissements de la sécurité sociale qui ont été créés grâce à leurs ressources, pour ces travailleurs, et dont le fonctionnement est en grande partie assuré par leurs apports financiers; de plus, ils peuvent craindre que la qualité des services fusionnés se détériore.

Par coordination, on entend une très étroite collaboration, institutionnalisée et réglementée, entre les organismes de protection de la santé qui maintienne l'identité, l'autonomie et le statut juridique de chacun d'eux. Dans tous les cas, la coordination implique une planification et une orientation centralisées au plus haut niveau. En se limitant aux pays d'Amérique latine, on peut citer les quelques exemples de coordination suivants.

Au Brésil, l'Institut national d'aide médicale et de prévoyance sociale (INAMPS) assure la coordination du régime de santé publique avec d'autres institutions d'aide médicale. Il accorde son aide aux zones tant urbaines que rurales, y compris les services aux indigents; cette dernière catégorie inclut les groupes marginaux ou pauvres. Il existe une convention de cogestion entre le ministère de la Santé et celui de la Prévoyance et de l'As-

sistance sociale qui vise à la pleine utilisation des équipements installés dans les centres hospitaliers.

En République dominicaine, pour apporter l'aide médicale au secteur rural, on a coordonné les activités de l'Institut dominicain d'assurance sociale, du secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale, des forces armées, de la Croix-Rouge dominicaine et de la défense civile.

Un des exemples les plus marquants de coordination est la convention signée en 1979 entre l'Institut mexicain d'assurance sociale et la Coordination générale du plan national pour les zones défavorisées et les groupes marginaux, celle-ci étant placée sous le patronage du Président de la République. Cette convention revêt un intérêt tout particulier dans le cadre de ce document dans la mesure où elle a été établie spécifiquement en vue de la protection des groupes marginaux, alors que les autres cas de coordination et d'intégration ont visé à résoudre ou à atténuer les problèmes qui se posaient en matière d'aide médicale rurale en général et ne concernaient pas spécialement la population marginale.

iii) La *location de services* est un autre moyen permettant d'apporter l'aide médicale aux zones rurales et, éventuellement, aux groupes marginaux. L'institution appelée à fournir les soins médicaux peut ainsi éviter d'avoir à créer un réseau étendu d'hôpitaux, de cliniques ou de dispensaires ruraux, avec tous les investissements que supposent leur construction et leur équipement. Dans quelques-uns des pays qui ont adopté ce système, une partie de la somme provenant du paiement des prestations a servi à étendre ou à moderniser les établissements existants. Pour l'Amérique latine, on peut citer les expériences suivantes.

En Argentine, l' "Instituto de Servicios Sociales para las Actividades Rurales y Afines" - ISSARA (Institut de services sociaux pour les activités rurales et connexes) n'accorde pas l'aide médicale de façon directe, mais passe des contrats avec des tiers ou avec les services publics de santé. Les habitants des zones rurales qui ne sont pas couverts par l'ISSARA peuvent obtenir gratuitement.

les soins dans les hôpitaux provinciaux et municipaux s'ils peuvent prouver leur état de besoin. Au Brésil, le programme d'aide médicale pour les travailleurs ruraux a largement recours à la location de services et fournit les équipements ambulatoires, odontologiques et hospitaliers aux établissements avec lesquels un contrat a été signé. L'Institut national d'aide médicale et de prévoyance sociale (INAMPS), auquel incombe également aujourd'hui l'aide médicale dans le secteur rural, a passé de nombreux contrats avec d'autres organismes gouvernementaux au niveau fédéral, des Etats ou des municipalités, avec des universités et des hôpitaux, des syndicats, des entreprises qui possèdent leurs propres services et avec des personnes physiques ou morales à caractère privé. L'Institut d'assurances sociales de Colombie et l'Institut de sécurité sociale du Guatemala ont fait partiellement appel dans certains cas à la location de services. L'Institut mexicain d'assurance sociale a également signé des conventions avec d'autres organismes afin de protéger ses ayants droit dans certaines régions. Il a passé des accords de subrogation avec le secrétariat à la Salubrité et à l'Assistance qui compte de nombreux centres de santé rurale. Comme nous l'avons déjà indiqué, pour la réalisation du programme IMSS-COPLAMAR, d'énormes efforts ont été consentis pour la construction de nouveaux établissements et pour l'agrandissement ou la rénovation de ceux qui existaient déjà afin de rendre possible l'aide médicale aux groupes marginaux du monde rural.

### **Manque de médecins, infirmières et autre personnel paramédical**

Au moment d'envisager l'extension de l'aide médicale aux zones rurales dans les pays en développement, on se heurte aux problèmes que pose le manque de professionnels en matière de soins de santé. La difficulté s'accroît du fait que beaucoup de ces professionnels sont peu enclins à se rendre dans les zones rurales en raison des conditions de vie peu satisfaisantes qui prévalent dans ces régions et du manque de possibilités de perfectionnement scientifique dans leurs spécialités respectives (cours, littérature, etc.). De plus, dans certains de ces pays en développement, il est fréquent que des médecins et des infirmières, une fois formés à un coût élevé, émigrent à la recherche de rémunérations plus in-

téressantes. Il n'est pas difficile de comprendre que le problème est encore plus aigu lorsque le nombre de personnes à soigner augmente en raison de l'extension des soins aux groupes marginaux qui, de plus, ne peuvent pas contribuer au financement des services.

Face au problème que constitue le manque de professionnels, on peut avoir recours à diverses solutions:

i) On peut imposer aux étudiants ou aux professionnels une sorte de service civil. L'obtention du diplôme ou l'autorisation de pratiquer dans les villes peut être soumise à l'obligation de travailler un certain temps en milieu rural. Cette exigence semble équitable si l'on considère que dans de nombreux pays les écoles de médecine sont gratuites pour l'étudiant mais qu'elles sont financées par les fonds publics, c'est-à-dire par les contributions et impôts de l'ensemble de la population, y compris par les paysans qui, en général, n'ont pas la possibilité d'envoyer leurs enfants à l'université.

Parmi les pays d'Amérique latine qui ont eu recours à ce système, nous citerons la Colombie où, en vertu d'accords spéciaux passés avec l'Université nationale, les étudiants en dernière année de médecine, d'odontologie et d'infirmierie, participent à des programmes de santé rurale. A Cuba, après la sixième année d'études, l'étudiant doit effectuer un service médical rural d'un an; les odontologistes ont la même obligation. De plus, à partir de la troisième année, l'étudiant doit travailler entre quatre à six semaines par an en milieu rural. Au Mexique, pour obtenir le diplôme de médecin ou d'infirmière, les étudiants doivent accomplir un service social dans le secteur rural. En outre, les médecins terminent leur troisième année de "residencia" (internat) obligatoire dans des centres médicaux ruraux. Lorsque le service social est terminé, l'IMSS engage pour un an en tant que conseillers médicaux auxiliaires les médecins qui se sont le mieux acquittés de leurs tâches. Ces derniers présentent ensuite des examens d'internes en médecine familiale et sont alors obligés de fournir leurs prestations dans une clinique-hôpital rurale. Dans le centre médical rural, le médecin effectue son service social sous

la supervision constante d'un conseiller médical auxiliaire. Pour mener à bien le programme COPLAMAR visant à mettre les soins de santé à la disposition de millions de personnes marginales du monde rural, on a fait appel aux services d'un très grand nombre de médecins qui effectuent leur service social.

Afin de faire face au manque d'infirmières, l'Institut mexicain d'assurance sociale gère une école de formation de ce personnel paramédical. Pour le recrutement du personnel auxiliaire d'infirmier, on choisit dans la région où se trouve le centre médical rural des jeunes ayant effectué leurs études primaires ou secondaires et, lorsqu'il s'agit de communautés indigènes, ces candidats doivent être bilingues. Ils suivent alors un cours de formation de deux mois dans un hôpital de l'IMSS. Entre autres avantages, ce système de recrutement permet au médecin, généralement étranger au milieu, d'être aidé par ce personnel dans sa perception des valeurs culturelles et des attitudes de la population locale en matière de santé, de médecine, d'hygiène, ainsi que des moyens pour résoudre les problèmes; de plus, ce personnel peut, le cas échéant, servir de traducteur entre le patient et le médecin.

Au Panama, il existe des règlements qui obligent le personnel médical et paramédical de la Caisse d'assurance sociale à fournir des services en zone rurale. En République dominicaine, conformément aux programmes de service social, les étudiants en médecine doivent, avant d'obtenir leur titre, assumer pendant un ou deux ans la responsabilité d'actions préventives et curatives dans certaines communautés rurales.

ii) Des stimulants, économiques ou autres, peuvent être offerts. Au Panama, par exemple, on accorde une allocation supplémentaire égale à 20 pour cent du salaire au personnel qui travaille dans des zones isolées. A Cuba, dans le but d'améliorer les conditions de vie du personnel affecté aux régions rurales, des logements ont été construits pour le personnel médical et paramédical à proximité de l'hôpital rural. En Equateur, des chambres sont réservées aux aides soignants au sein même du dispensaire rural de l'Assurance sociale. Au Mexique, le médecin résident reçoit un logement dans la clinique rurale où il travaille.

iii) On peut avoir recours au personnel dont la formation est inférieure à celle d'un professionnel diplômé. Il s'agit alors de personnes sans titre universitaire, mais qui ont effectué certaines études et qui, dans tous les cas, ont reçu une formation appropriée. Il va sans dire que ce système doit être appliqué avec prudence et qu'il doit être tenu compte de l'efficacité de la protection à laquelle la population rurale a droit. Quelques exemples:

En Afghanistan, les travailleurs de santé ruraux recevaient une formation limitée sur certains aspects pratiques de la santé dans le village. Ils ont également profité des services des sages-femmes traditionnelles, les "dais", qui, avec une certaine adresse, ont rendu de précieux services — particulièrement en apprenant aux mères les soins prénatals, l'alimentation de l'enfant, la planification familiale et l'éducation sanitaire. Ces femmes étaient, en général, analphabètes et avaient plus de 40 ans; malgré cela, elles ont apporté une aide importante aux programmes des travailleurs de santé de village. En 1979, il y avait plus de 500 "dais" et il est significatif que par la suite, malgré les hostilités, elles aient poursuivi leurs activités comme une sorte d'infirmières pratiques. En Argentine, le Programme national de santé rurale visant à la prestation de soins de santé primaires fait appel à des agents sanitaires provenant des populations rurales; ils constituent un lien entre ces dernières et le régime de santé existant. Leurs prestations portent sur la promotion et l'assainissement de base et surtout sur l'éducation sanitaire.

Au Bangladesh, des personnes issues des milieux ruraux ont été formées comme travailleurs de santé. Dès l'origine, au milieu de 1973, le Programme de soins médicaux ruraux et de planification familiale a fixé ses objectifs principaux: a) former des personnes issues du milieu rural aux professions paramédicales, afin qu'elles soient capables de soigner les principales maladies connues dans la région; b) effectuer les injections et les vaccinations contre les maladies les plus courantes qui peuvent faire l'objet de ce type d'action préventive; c) motiver et éduquer les habitants du village afin qu'ils appliquent des mesures de santé publique; d) former des équipes de femmes à la planification familiale afin qu'elles distribuent des contraceptifs et qu'elles fassent ac-

cepter les moyens anticonceptionnels, tout cela sous le contrôle et la supervision du personnel paramédical. Chaque paramédical est responsable de 4 000 à 5 000 personnes réparties dans cinq à huit villages, il visite ces derniers une fois par semaine ou le plus souvent possible, apporte une solution aux problèmes de santé les plus courants, discute avec les paysans et les conseille quant aux mesures sanitaires et d'hygiène à prendre, se penche sur les problèmes de santé des mères et des enfants dont l'organisateur de la planification familiale du village l'a informé. Les médecins veillent à la mise à jour de la formation des paramédicaux, soignent les patients que ceux-ci leur adressent et contrôlent le travail des paramédicaux en effectuant de fréquentes visites sur le terrain.

Au Brésil, les conducteurs d'ambulances reçoivent la formation qui leur permet d'apporter des prestations élémentaires d'infirmier lorsque le véhicule est immobilisé dans une région rurale. Le "Seguro social campesino" (assurance sociale rurale) de l'Equateur emploie, dans ses dispensaires, une aide soignante au lieu d'une infirmière diplômée. En Gambie, la collaboration des guérisseurs est appréciée et on a même été jusqu'à récolter les plantes et les autres produits qu'ils utilisent pour en vérifier les effets. Au Honduras, les "guardianes de la salud" (gardiens de la santé), qui ne font pas partie du personnel de l'Institut de sécurité sociale, sont issus du milieu rural et ont reçu une formation leur permettant, dans leurs communautés respectives, de soigner des maladies simples, d'administrer des vaccins et d'enseigner les principes élémentaires d'hygiène sous la supervision des infirmières des centres de santé. Au Mexique, l'IMSS assure la formation de "promotores rurales" (promoteurs ruraux) pour les campagnes de vaccination, l'élimination des parasites, l'enseignement des règles diététiques et d'hygiène personnelle. Au Niger, des infirmiers pratiques ont été formés; ils doivent être volontaires, suivre une formation très brève qui les rend aptes à laver des blessures et administrer des médicaments de base. En Colombie, les "promotoras de salud" (promotrices de santé) ont permis d'arriver à des résultats remarquables: il s'agit d'habitantes de communautés rurales ayant une simple formation primaire; un cours intensif de deux mois les habilite à fournir des soins de san-



té adéquats. En République dominicaine, dans le but de mener à bien le programme du Département de soins ruraux, on fait appel à des "promoteurs de santé". Le promoteur choisi dans chaque communauté paysanne y réside en permanence et est formé pour effectuer des interventions de base en matière de développement, de protection et de recouvrement de la santé. Le travail du promoteur est supervisé au niveau de la clinique rurale qui est dirigée par un médecin.

Au Togo, les équipes de promoteurs de santé, généralement un homme et une femme, ont la charge de groupes de villages. Ils réalisent des tâches très diverses: secours d'urgence aux plus nécessiteux, développement d'activités communautaires, alphabétisation des adultes, placement des orphelins, rééducation et réinsertion des jeunes délinquants et de prostituées. Dans certaines localités du Niger, pour faire face au manque important d'obstétriciennes diplômées, on fait appel aux "matrones" traditionnelles. Afin qu'elles disposent d'une certaine formation technique, elles suivent un cours de 10 à 15 jours dans une maternité de village où elles reçoivent un enseignement théorique et pratique de la part d'obstétriciennes diplômées. En 1972, il y avait plus de 250 "matrones" en activité dans 150 villages. Des efforts importants ont également été déployés pour la formation de secouristes, sortes d'infirmiers pratiques, et d'éducateurs sanitaires: les jeunes gens qui ont obtenu leur certificat d'études primaires suivent un cours de six mois au cours duquel l'enseignement théorique alterne avec la formation pratique. Des cours intensifs de huit jours permettent la formation d'hygiénistes volontaires. L'hygiéniste met l'accent sur la propreté: ramassage des ordures, propreté des puits et plus généralement de l'eau potable, nettoyage des plats et des ustensiles servant aux repas, entretien du corps et des vêtements, lavage fréquent des mains. Il assure l'information des paysans sur la façon dont se transmettent les maladies afin de les prévenir. Les secouristes donnent des soins de première urgence en cas de blessure, brûlure ou fracture<sup>15</sup>.

15. G. Bellonge et Dr. C. Fournier. *Santé et développement en milieu rural africain*, Editions Economie et Humanisme, Paris, 1972.

En Inde, des cours de six semaines ont été instaurés pour que les travailleurs de santé aient une meilleure formation. Ils sont spécialisés en vaccination, lutte contre la malaria, planification familiale, inspection sanitaire, mais ils doivent également être capables de mener à bien de nombreuses autres tâches différentes de leur spécialité<sup>16</sup>. Dans plusieurs pays asiatiques en développement, le recours aux soigneurs et à certains autres praticiens de médecine traditionnelle est encouragé. Ils connaissent bien le milieu dans lequel ils pratiquent et jouissent de la confiance des habitants. Dans certaines régions, ces praticiens traditionnels parviennent à apporter des soins à 90 pour cent de la population rurale.

Ces exemples suffisent pour se rendre compte que, dans les pays en développement, l'extension des soins de santé à la population rurale et aux groupes marginaux peut être entreprise sans attendre que le pays en question arrive à former des médecins, des infirmières et autre personnel paramédical en nombre suffisant. Nous avons vu que la formation de personnes ne possédant pas de diplôme universitaire peut constituer une solution transitoire satisfaisante.

#### **Dispersion des habitants sur de vastes étendues territoriales et faible densité de population**

Etant donné que les pays en développement n'ont pas la possibilité de créer des centres de santé disposant de services complets pour chaque noyau de population rurale, deux méthodes complémentaires peuvent être utilisées:

i) Organisation hiérarchique par niveau des services de santé, en fonction de la distribution de la population et de la disponibilité de personnel ou d'installations; on établit dans ce cas un système de renvoi des malades d'un niveau inférieur au niveau immédiatement supérieur.

16. *Manpower Journal*, New Delhi, Institute of Applied Manpower Research, juillet-septembre 1975.

Une étude réalisée par l'Organisation panaméricaine de la Santé indique: "L'application du concept de niveau revêt une connotation fonctionnelle. La notion de niveau s'identifie aux diverses interventions ou "plans technologiques" visant à résoudre les problèmes de santé." Plus loin, cette étude précise également que l'application du système de niveaux a permis d'importants progrès: "Détermination globale de l'échelle des niveaux... Définition des agents de services... Sélection des principaux lieux de soins... Programmation locale... Détermination des produits de base manquant le plus... Organisation administrative..." Il y est aussi indiqué que "le premier niveau de soins n'est pas synonyme de soins de santé primaires"<sup>17</sup>.

Voici quelques exemples de pays d'Amérique latine où la stratification par niveau de l'aide médicale rurale a été instaurée: en Colombie, l'échelle va du niveau A, soins apportés dans le village aux paysans, au niveau E, Clinique centrale de l'Institut d'assurances sociales à Bogotá. Au Costa Rica, le niveau inférieur correspond au "poste de santé", spécifiquement rural, s'adressant à des groupes de 500 à 1 000 personnes et accordant des services de médecine préventive ainsi que les premiers soins; suivent la clinique de consultations externes, les cliniques intermédiaires, l'hôpital périphérique, l'hôpital local, enfin l'hôpital régional disposant de 150 à 300 lits, de quatre spécialités de base et de leurs sous-spécialités. A Cuba, le poste médical rural se trouve à la base et couvre des groupes de 3 000 à 5 000 personnes; il permet des prestations de médecine générale, d'odontologie, d'infirmerie obstétrique et des activités auxiliaires d'infirmerie et de laboratoire. L'hôpital rural, qui couvre entre 5 000 et 20 000 personnes, dispose de services d'obstétrique, de pédiatrie ainsi que d'autres spécialités.

Au Mexique, au premier niveau, se trouvent les centres médicaux ruraux de consultation externe qui comprennent un dispensaire avec une pharmacie, deux lits, une salle d'examen, une salle d'attente et la chambre du médecin. A ce premier niveau, le but est de prévenir ou de résoudre les problèmes de santé qui re-

17. Dr. J. Castellanos, *op. cit.*

quièrent la participation de la communauté ainsi que l'utilisation d'une technologie simple. Au deuxième niveau, nous trouvons les cliniques-hôpitaux de campagne, spécialisées en médecine interne, chirurgie, pédiatrie, gynécologie, obstétrique, hospitalisation, travaux de laboratoire clinique, rayons X. Le troisième niveau regroupe les hôpitaux de haute spécialité et est intégré dans le système sanitaire de grands centres urbains.

ii) Le système de niveaux permet aux patients de la zone rurale d'avoir accès aux centres médicaux. Dans certains pays, il est complété par des mesures permettant d'amener le médecin directement chez le patient. En Argentine, par exemple, les centres sanitaires ruraux, dont le personnel est spécialement entraîné, reçoivent périodiquement la visite d'un médecin. Celui-ci examine les patients et décide de leur transfert éventuel vers des centres à un niveau supérieur. Dans certains cas, l'insuffisance d'établissements a été comblée par le biais d'unités mobiles pourvues des appareils et instruments nécessaires. Au Brésil, des bus sont utilisés pour apporter les soins de santé dans les régions éloignées du secteur rural — particulièrement vaste dans ce pays. Ces véhicules sont équipés pour les consultations externes et, de plus, disposent d'un cabinet de dentiste, de la climatisation et d'un générateur d'électricité. Ils servent également au transport des patients vers des centres hospitaliers. Des embarcations fluviales sont utilisées comme dispensaires mobiles. En Colombie, des équipements mobiles existent pour les soins de santé et dentaires. Au Chili, un système de rondes rurales a fonctionné pendant de nombreuses années; par le biais de ce système, médecins et infirmiers se rendaient dans les régions rurales à raison d'une, deux ou parfois même trois fois par semaine. Nous n'avons pas pu disposer d'informations nous permettant de savoir si ces rondes ont été maintenues après la désintégration du Service national de santé et la privatisation d'une partie des services médicaux. Au Panama, dans les provinces essentiellement agricoles où existent des polycliniques et des hôpitaux à différents niveaux, les patients sont transférés, lorsque c'est nécessaire, d'un niveau à un autre par ambulance.

Il convient de noter qu'au Costa Rica et à Cuba, en vertu de l'universalisation de l'assistance médicale, et au Mexique conformé-

ment au programme IMSS-COPLAMAR, le système de services à différents niveaux couvre également les groupes marginaux ruraux.

Nous n'avons pas pu disposer de données concernant l'application du système de niveaux ou d'autres formes d'organisation de l'aide médicale dans d'autres parties du monde confrontées au problème d'une population rurale très dispersée. Nous savons qu'en Inde, dans certaines régions, des centres et des souscentres de santé ont été instaurés. L'intention est qu'aucun village ne soit à plus de 3 miles (environ 5 km) d'une unité de santé. Les souscentres disposent de certains médicaments de base et de vaccins. C'est d'après leurs indications que les puits d'eau sont désinfectés et que la population apprend à entretenir les lieux d'aisances. Une coordination est établie avec les médecins privés des villages, et un système permet de transférer un patient d'un centre de santé à un autre. Des médecins visitent chaque sous-centre une fois par semaine, un jour fixé à l'avance<sup>18</sup>.

Il faut enfin se rappeler que, dans les pays en développement, la protection de la santé — en particulier des groupes très pauvres ou marginaux des zones rurales — doit être orientée selon une perspective beaucoup plus large que la simple guérison des maladies.

Il convient ici de citer l'opinion d'un expert, le Dr. Sankale, pour qui la médecine en Afrique noire devrait aujourd'hui respecter quatre priorités: a) priorité du milieu rural sur le milieu urbain; b) priorité de la médecine de masse sur la médecine individuelle; c) priorité des actions préventives sur les actions curatives; d) priorité de l'enseignement, lequel comprend, d'une part, la formation du personnel et, d'autre part, le développement de l'éducation sanitaire<sup>19</sup>. En Asie, la Commission pour le progrès rural

18. Manpower Journal, New Delhi, Institute of Applied Manpower Research, juillet-septembre 1975.

19. Dr. Sankale, "Médecins et action sanitaire en Afrique noire", in G. Bellonge et Dr. G. Fournier, *op. cit.*

du Bangladesh (BRAC) a défini des programmes d'aide s'adressant en particulier aux groupes ruraux extrêmement pauvres, c'est-à-dire pratiquement marginaux; ces programmes portent sur: a) les soins médicaux de base, préventifs et curatifs; b) la planification familiale à un prix abordable; c) le développement des possibilités d'enseignement; d) l'amélioration de la situation économique des familles rurales par l'introduction de nouvelles méthodes agricoles, la fourniture d'équipements pour l'agriculture et l'irrigation ainsi que l'enseignement des règles de l'équilibre alimentaire<sup>20</sup>.

Dans ce chapitre, nous avons cité à plusieurs reprises les services de planification familiale en tant que composante des prestations de santé. Mais au sein des groupes marginaux ou extrêmement pauvres, la politique de contrôle des naissances suscite des réactions opposées: d'une part, il y a ceux qui comprennent qu'un nombre excessif d'enfants accroît la pauvreté de la cellule familiale, les faibles ressources ne suffisant pas à une famille nombreuse; d'autre part, les paysans pauvres de plusieurs pays d'Asie s'opposent au contrôle des naissances parce qu'ils estiment qu'un grand nombre d'enfants constitue une protection pour leurs vieux jours. C'est surtout dans les pays où les prestations de vieillesse de la sécurité sociale n'ont pas encore été étendues au secteur rural que l'on rencontre ce type de réaction.

### 3. La participation

La participation des bénéficiaires aux programmes en faveur des groupes marginaux ruraux est une notion extrêmement importante. Il est fondamental que le sentiment d'être "aidés" ne s'ancre pas dans l'esprit des ayants droit au point que ceux-ci perdent confiance en eux-mêmes et en leurs possibilités d'améliorer leur situation. Tout paternalisme doit être rejeté.

La marginalité équivaut en un sens à la "non-participation". La participation des groupes marginaux à certaines activités dans

20. Commission pour le progrès rural du Bangladesh (BRAC), *Building human infrastructures to serve the rural poor*, Essex, Connecticut, Etats-Unis, International Council for Educational Development, 1977.

leur propre intérêt comme dans celui de leur village ou de leur tribu leur permet donc d'échapper à la marginalité psychologique. Le fait que ces personnes, malgré leur grande pauvreté ou leur marginalité, agissent comme les autres a un effet très salutaire. Le sentiment d'inégalité ou d'infériorité qui touche de nombreux membres de ces groupes s'atténue; bref, ils s'aperçoivent que la marginalité n'est pas une fatalité.

Ahmed Manzoor a constaté, au cours d'expériences qu'il a vécues au Bangladesh au sein de groupes marginaux ou extrêmement pauvres, que la participation de la communauté, qui est non seulement utile mais nécessaire pour le succès des programmes de protection de cette population, devrait réunir les caractéristiques suivantes: a) l'organisation des services doit être basée sur la communauté elle-même et ils devront être largement et facilement accessibles; b) il faudra obtenir la contribution de la communauté pour la mise en oeuvre et l'entretien des services; c) la communauté devra participer à la planification et à la gestion des services au niveau de cette même communauté; d) la communauté devra participer à la stratégie générale, à la définition des politiques et à la mise au point des programmes de développement; e) les divisions et conflits d'intérêts au sein de la communauté devront être dépassés afin d'arriver à une participation très large, en particulier des groupes les plus défavorisés<sup>21</sup>.

Les expériences du Mexique et de l'Inde en matière d'activités destinées aux groupes marginaux sont d'un intérêt capital dans la mesure où elles incluent la participation de ces groupes aux activités en question.

Au Mexique, le programme IMSS-COPLAMAR accorde une importance considérable à la participation des ayants droit au service de solidarité sociale. Ces bénéficiaires ne versent aucune contribution pour le financement des services, mais ils doivent réaliser certains travaux personnels en faveur de la communauté

21. Commission pour le progrès rural du Bangladesh (BRAC), *op. cit.*

au sein de laquelle ils habitent. L'obligation du travail communautaire permet d'éviter que les ayants droit aient l'impression d'avoir reçu un cadeau. Ils se sentent honorés et toute la communauté en tire profit. Pour faire ressortir l'importance de la participation, les mots "de coopération communautaire" sont ajoutés au nom de chaque centre médical rural ou urbain et de chaque clinique-hôpital de zone rurale de sorte que l'engagement de la communauté est mis en évidence. L'ensemble des travaux communautaires sera le résultat d'une moyenne annuelle de 10 journées qui leur sont consacrées par chaque chef de famille, ce qui constitue une contribution très modérée; les travaux sont organisés par les centres du COPLAMAR en collaboration avec les communautés de manière à ne pas gêner les activités normales de ces dernières. La participation de la communauté est renforcée, contrôlée et surveillée par les "Consejos municipales de vigilancia de solidaridad social" (Conseils municipaux de surveillance de la solidarité sociale). Ces conseils municipaux permettent de profiter au maximum des ressources disponibles et donnent à la communauté des possibilités d'autogestion face aux exigences qu'impliquent les programmes de développement régional<sup>22</sup>.

Il ne nous semble pas utile de donner ici plus de détails sur ce système dans la mesure où, au moment d'aborder le deuxième point à l'ordre du jour de la Table ronde, le Mexique présentera un exposé sur "Les actions des institutions de sécurité sociale dans les zones marginales rurales" qui permettra d'obtenir plus d'information et de mieux connaître le fonctionnement du programme IMSS-COPLAMAR.

En Inde, il existe une grande variété de programmes en faveur des pauvres du secteur rural; presque tous prévoient la participation active de ces personnes aux travaux visant aux progrès de la communauté. Parmi ces travaux figurent la mise en valeur des terres cultivables ou la récupération des terres abandonnées, l'assèchement des marais, la remise en état ou la construction de chemins vicinaux, le perçage de puits, l'aménagement de canaux d'irrigation et la conservation des sols. Il s'agit de motiver les

22. R. Garcia Sainz, *op. cit.*



marginaux pour qu'ils s'efforcent d'améliorer leur situation, de leur faire prendre conscience que l'Etat les aidera s'ils s'aident eux-mêmes<sup>23</sup>. Etant donné qu'il existe encore, dans certaines régions de l'Inde, des groupes organisés sur une base tribale, c'est à la tribu qu'est accordée l'aide économique permettant la conservation et l'amélioration de la terre<sup>24</sup>.

En dehors du Mexique, on rencontre en Amérique latine divers exemples de participation des ayants droit au fonctionnement de programmes et en particulier de programmes visant à la protection de la santé en milieu rural. Il ne s'agit pas d'activités conçues spécialement pour les groupes marginaux, mais bien pour la population rurale en général; toutefois, il est certain que les marginaux sont favorisés.

Bien que les modalités varient d'un pays à l'autre, on peut notamment citer les exemples suivants de participation. Au Brésil, les syndicats ruraux sont appelés à jouer un rôle très important dans le fonctionnement de la sécurité sociale rurale; ces syndicats ont, par exemple, collaboré étroitement avec l'ex-FUNRURAL. En Equateur, les communes rurales donnent des terrains pour que l'Institut équatorien de sécurité sociale y construise des dispensaires communaux. Les habitants des communes collaborent à cette construction en y apportant leur travail personnel et du matériel. A Cuba, on a fortement encouragé la participation de la communauté au régime de protection de la santé et le secteur rural n'échappe pas à cette participation. Au Panama, les communautés paysannes constituent la base de l'organisation de l'aide médicale rurale et, dans de nombreuses régions, les paysans ont participé personnellement à la construction de centres de santé et de centres de protection maternelle et infantile.

Il faut enfin se souvenir que, lors de sa réunion de 1977, le Bureau de l'Organisation Panaméricaine de la Santé a recommandé

23. Des informations plus détaillées sur ces programmes peuvent être obtenues dans B.S. Minhas, *op. cit.*
24. Voir K.V. Patel et M.S. Krishnaswamy, "Problems of Tribal agriculture in the context of dry farming", in B.S. Minhas, *op. cit.*

la participation de la communauté en tant qu'une des stratégies fondamentales à appliquer pour arriver à la santé pour tous.

D'une manière générale, la participation d'organisations volontaires aux programmes en faveur des groupes ruraux marginaux ou pauvres s'est avérée très utile. Les services d'assistance publique profitent de la collaboration d'autorités ou de personnalités locales qui, traditionnellement, participent à des oeuvres de bienfaisance ou d'aide aux invalides. Il est certain que les organisations paysannes peuvent collaborer aux activités en faveur des groupes marginaux.

En résumé, la participation consciente et active de la population rurale constituera une garantie de succès pour les programmes destinés aux groupes marginaux.

#### **4. Le logement**

On observe, très souvent, en milieu rural, l'absence de logements salubres et suffisants pour la famille. Cette situation frappe en particulier les marginaux et les pauvres.

Dans les informations dont nous avons pu disposer, nous n'avons pas relevé d'efforts significatifs visant à l'amélioration du logement en milieu rural dans les pays en développement. Les plans et les programmes visant à promouvoir le développement agropastoral ne comprennent pas de mesures permettant de résoudre le problème de l'habitat rural. Selon les pays, on donne priorité à des projets d'irrigation, de construction de routes, de conservation des sols, d'électrification, d'approvisionnement en eau potable ou encore de plantation de forêts.

Dans quelques rares pays, des organismes d'Etat ou semipublics ont entrepris la construction ou l'amélioration de logements en milieu rural. Les deux seuls exemples qu'il nous semble intéressant de citer sont, d'une part, le "Sistema de Creditos supervisados rurales" (Système de crédits ruraux supervisés) au Costa Rica, et le programme SAHOP-COPLAMAR au Mexique. La législation du travail de nombreux pays prévoit l'obligation pour l'employeur de fournir à ses employés agricoles un logement salubre à des conditions acceptables; parmi les pays d'Amérique latine

dont les lois contiennent des dispositions dans ce sens, nous pouvons citer l'Argentine, la Colombie, le Chili, le Guatemala, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, Panama, le Paraguay, l'Uruguay et le Venezuela. Les dispositions concernant le logement convenable des travailleurs ruraux sont souvent négligées ou mal appliquées (nous constaterons les mêmes problèmes lorsque nous parlerons de l'alimentation des travailleurs ruraux). De toute façon, ces dispositions ne profitent pas aux groupes marginaux dans la mesure où ceux-ci n'ont pas le titre de travailleurs salariés.

Il faut reconnaître que les possibilités qu'ont les exploitants agricoles de fournir à leurs employés des logements équipés du minimum indispensable se heurtent à l'insuffisance de l'infrastructure en matière de services d'utilité publique dans les zones rurales. Dans la plupart des cas, dans les pays en développement, il n'existe pas d'installations adéquates d'approvisionnement en eau potable ou de voirie.

En vue de la construction de logements, les institutions de sécurité sociale de plusieurs pays accordent des prêts ou investissent une partie de leurs réserves, mais en général les logements sont destinés à la population urbaine et non aux habitants de zones rurales. De plus, en raison du problème que nous avons déjà mentionné, à savoir que les groupes marginaux ruraux ne sont pas couverts par la sécurité sociale — à quelques exceptions près citées également dans ce document —, ils ne pourraient même pas profiter d'éventuels investissements de ces institutions dans des habitations destinées à la population rurale. Tout cela souligne la nécessité d'adopter des mesures spécifiques favorisant le logement de ces groupes. Dans la partie de ce rapport consacrée à la problématique de la protection de la santé en milieu rural, nous avons mentionné le taux élevé de morbidité dans les zones rurales ainsi que ses principales causes. Une amélioration de l'état sanitaire de la population concernée passe par l'amélioration des conditions d'alimentation et de logement.

### **5. Protection contre les risques affectant la production**

Dans de nombreux pays, il existe des assurances contre les risques inhérents à la production agro-pastorale qui ne sont pas des

assurances commerciales volontairement souscrites. Cette production est menacée par des sécheresses imprévues, des inondations ou autres risques d'ordre météorologique, ainsi que par des pestes végétales et des épizooties. Si, pour n'importe quel producteur rural, ces calamités entraînent de grandes pertes, pour les groupes marginaux elles représentent la ruine totale et la famine.

Pour ces personnes un moyen efficace de protection consisterait à être assurées contre ces risques, à condition qu'elles n'aient pas à payer pour cette protection. L'exemple de la Grèce est intéressant dans la mesure où tous les agriculteurs, propriétaires, fermiers ou autres personnes exploitant la terre à quelque titre que ce soit, sont protégés contre les conséquences de la grêle et des gelées. Les groupes marginaux sont couverts sans verser aucune prime. L'assurance est financée par une augmentation de l'impôt sur les revenus, une partie de l'impôt à la consommation, des impôts spéciaux sur le café, l'alcool et des articles de luxe, un impôt sur le prix de gros de tous les produits agricoles et un prélèvement sur le budget national.

Au Brésil, le "Programa de garantia de la actividad agropecuaria-PROAGRO" (Programme de garantie de l'activité agropastorale) couvre les risques de gelée, de sécheresse ainsi que les épidémies touchant les animaux. A Panama, le "Seguro agropecuario" (assurance agro-pastorale) qui a été créé en 1975 dans le but d'indemniser les cultivateurs pour les pertes qu'ils subissent. Au début, ce sont les récoltes de riz, de maïs et de sorgho qui ont été assurées. Nous ne savons pas si les groupes marginaux ont profité de ce type d'assurance. Il existe également de telles assurances non commerciales au Japon et au Sri Lanka.

Il arrive que des organismes internationaux interviennent lorsque de grandes calamités constituent, par leur ampleur, de véritables catastrophes pour un pays et sa population. Ce fut le cas lors de la sécheresse qui a sévi au Sahel, en Afrique. Au sein de l'Organisation des Nations Unies, le bureau coordonnateur pour les secours en cas de catastrophes (UNDRO) intervient lors de n'importe quel type de calamité.

## **1. AUTRES MESURES D'AIDE AUX GROUPES MARGINAUX**

### **1. L'emploi**

Le chômage et le sous-emploi croissants dans le secteur rural ont déjà été cités comme indicateurs de la "marginalité"

On sait que, dans les pays en développement, le chômage rural, dans ses diverses formes et nuances, constitue un problème endémique grave. Dans ces pays, les membres des gouvernements, les sociologues, les économistes, les responsables politiques, les dirigeants de communautés paysannes connaissent l'ampleur du chômage rural, mais il est très difficile de le quantifier avec précision et, en général, on ne dispose pas de statistiques suffisantes, fiables et comparables.

Pouvoir donner du travail correctement rémunéré durant toute l'année aux groupes marginaux représenterait pour ceux-ci une mesure de protection extrêmement importante et permettrait sans doute de les faire sortir de leur "marginalité". Il doit s'agir, bien entendu, d'emplois productifs et non pas de travaux qui ne seraient en fait qu'une forme de sous-emploi masqué.

### **Stratégies pour l'emploi**

Le chômage et l'important sous-emploi dans les zones rurales de la majorité des pays en développement vont bien au-delà des problèmes des groupes marginaux; ils constituent en réalité l'expression de l'incapacité des secteurs de l'agriculture et de l'élevage à absorber suffisamment de main-d'oeuvre face à une croissance de la population qui, souvent, peut être qualifiée d'explosive.

En réalité, le problème consiste à savoir comment remédier au sous-développement du secteur rural. Nous étendons sur les stratégies les plus adéquates pour développer le monde rural sorti-rait cependant du cadre de ce document. Il suffira de rappeler que certains proposent une stratégie technocratique consistant à accroître la production par le biais d'une technologie de pointe,

augmenter l'approvisionnement en produits de base, cultiver des variétés à haut rendement, protéger les cultures par l'utilisation d'engrais, de pesticides, d'herbicides, construire des routes et des barrages pour l'irrigation, des canaux, des écoles, et procéder à l'assainissement de l'environnement. Ces travaux impliquent l'utilisation d'une main-d'oeuvre temporaire ainsi que l'engagement de personnel permanent.

L'application de technologies nouvelles dans le milieu marginal rural se heurte au faible niveau de scolarisation de ses habitants. Ceux-ci ne sont pas au courant des progrès scientifiques réalisés en matière d'agriculture, ou n'en ont connaissance qu'avec beaucoup de retard, et éprouvent d'énormes difficultés à les assimiler et à les appliquer.

Cette stratégie technocratique a permis une augmentation remarquable de la production agricole dans plusieurs pays, bien que, du point de vue social, ces résultats aient fait l'objet de controverses. En Inde par exemple, selon certains chercheurs, la "Révolution verte" n'a pas résolu les problèmes des groupes marginaux mais a, par contre, permis aux moyennes et grandes entreprises agricoles d'augmenter considérablement leurs gains. Pour que les groupes marginaux participent aux bénéfices de la "Révolution verte", il faudrait qu'ils disposent de suffisamment d'engrais, de pesticides et de semences sélectionnées, et qu'en même temps ils reçoivent l'assistance technique adéquate pour que ces produits de base soient utilisés de la manière la plus rentable.

La construction de routes peut constituer une source d'emplois pour une partie de l'abondante main-d'oeuvre du secteur rural si les équipements mécaniques actuellement utilisés sont abandonnés. A ce sujet, le bulletin d'information du BIT de février 1981 signale: "Au Mexique, entre 1972 et 1977, 60 000 kilomètres de route ont été construits par des méthodes faisant un appel intensif à la main-d'oeuvre; de plus, 12 000 villages ont été pourvus de voies d'accès et de moyens de communication avec l'économie et le monde extérieur." En Inde, des personnes pauvres ou marginales ont été occupées à des travaux d'irrigation ou à la construc-

tion de routes. En Colombie, la construction de routes s'est faite par le biais d'un système appelé "Pico y Pala", c'est-à-dire une méthode faisant appel à une abondante main-d'oeuvre, ce qui a constitué un avantage pour les régions traversées et des revenus, même s'ils étaient temporaires, pour ceux qui étaient engagés et qui étaient généralement des cultivateurs marginaux ou des paysans sans terre ou au chômage<sup>25</sup>.

Toutefois, dans le cadre de l'amélioration de la condition des groupes marginaux du secteur rural, la construction de routes dans les campagnes n'a qu'un effet limité. Dans certains pays, elle n'a même eu aucun effet bénéfique mais a, par contre, profité aux propriétaires des terrains se situant le long du tracé de ces voies d'accès ainsi qu'à certains commerçants<sup>26</sup>.

En Inde, on a essayé de transférer des travailleurs du milieu rural sans emploi vers les secteurs non agricoles, mais cette opération est, bien entendu, subordonnée à la croissance de ces secteurs. Dans le but de créer des emplois dans des zones rurales en difficulté, on a tenté, dans certains pays, d'installer de petites entreprises, si possible agro-industrielles, afin de pouvoir traiter sur place la production agricole prédominante dans la région concernée.

Les communes populaires de Chine ont procédé à des expériences intéressantes consistant à installer, dans le secteur rural, de petites entreprises non pas tant pour créer de nouveaux emplois que pour occuper les paysans pendant les périodes d'inactivité forcée.

Au Sri Lanka, la culture de certaines variétés de riz à haut rendement a été encouragée et, en plus d'une production supérieure, a entraîné une demande accrue de main-d'oeuvre.

25. G.R. Van Raalte, *Colombia: small farmer market access*, AID. Project Impact Evaluation, rapport No. 1, décembre 1979.

26. J. Howe, "The impact of rural roads on poverty alleviation; a review of the literature". in BIT, Programme mondial de l'emploi, Genève, 1981.

En Inde, cette recherche de cultures permettant d'augmenter l'emploi sans nuire aux aspects économiques a donné lieu à une étude: en 1971 et 1972, on a examiné le nombre d'heures de travail requises pour chacune des opérations nécessaires à la culture du riz, de la canne à sucre, des bananes, du blé et d'autres produits, à savoir le labourage, l'ensemencement, la plantation, l'épandage d'engrais, l'arrosage, etc. On a alors choisi les cultures qui procurent le plus d'emplois sans porter atteinte aux résultats commerciaux. Il s'est avéré que la culture de la canne à sucre avait permis de créer des emplois nouveaux équivalant à 1 290 000 journées de travailleur par an au cours de la saison 1973-74. On a, bien entendu, appliqué une technologie nécessitant une importante main-d'oeuvre; une nouvelle usine de traitement de la canne à sucre a été installée dans la région et la création d'emplois nouveaux a suivi<sup>27</sup>.

Il est évident que les possibilités de création d'emplois ne peuvent pas constituer le seul critère qui régisse la sélection des cultures. Il faudra tenir compte de l'état du marché, de la qualité de la terre, du climat, des équipements d'irrigation, des prix qui en résulteront, etc. Toutefois, dans les pays qui connaissent de graves problèmes de chômage ou de sous-emploi dans le milieu rural, l'aspect "main-d'oeuvre" mérite d'être pris en considération. Dans le cadre d'une politique de relèvement du niveau de vie des groupes marginaux ou extrêmement pauvres, le facteur "demande de main-d'oeuvre" méritera une grande attention; de plus, l'amélioration du niveau de vie des groupes ruraux pauvres ou marginaux peut contribuer à diminuer l'exode rural et éviter ainsi qu'augmentent les groupes pauvres ou marginaux à la périphérie des centres urbains.

Outre les stratégies technocratiques, des méthodes plus radicales sont proposées pour venir à bout du sous-développement rural à l'origine de la "marginalité" et de l'extrême pauvreté de nombreux pays en développement. Elles requièrent des modifications structurelles profondes, particulièrement en ce qui con-

27. M. Desai et M.G.G. Schluter, "Generating employment in rural areas", in B.S. Minhas, *op. cit.*



cerne les modes d'utilisation des terres, ainsi qu'un intense effort économique, une forte volonté politique et, dans certains cas, une transformation fondamentale de l'ordre socio-politique.

### **Emploi et artisanat**

Les activités artisanales méritent intérêt et attention car elles constituent un des moyens d'améliorer la condition de la population rurale. D'une part, elles permettent d'occuper le temps laissé libre par les périodes d'inactivité obligatoire dans le domaine de l'agriculture en raison des saisons, du type de culture, etc. Elles constituent, d'autre part, une source supplémentaire de revenu. L'artisanat concerne notamment la fabrication d'objets utilisés pour la vie quotidienne: plats, assiettes, vases, tissus, vanne-rie, et autres petits objets destinés à l'ornement personnel ou à celui du foyer. L'essor du tourisme que connaissent tant de pays permet de vendre ces articles aux visiteurs qui les emporteront comme curiosités ou souvenirs.

D'autre part, la fabrication ou la réparation d'outils et d'équipement utilisés pour l'activité agricole font aussi partie de l'activité artisanale: fours à pain, tables et autres meubles rustiques, outillages divers, etc.

Pour stimuler l'activité artisanale au sein des groupes marginaux, il faudra donner à ceux-ci une certaine formation mais en respectant les traditions centenaires, voire millénaires, qui sont à l'origine de cette activité. Il faudra probablement leur apporter de l'aide afin qu'ils obtiennent les matières premières et éventuellement les outils leur permettant d'améliorer leur production, les conseiller dans le choix des objets à vendre. Grâce à la coopération d'organisations internationales telles que la FAO, l'OIT et d'autres, l'activité artisanale a été encouragée dans plusieurs pays africains et a constitué, d'une certaine manière, un remède, au chômage total ou partiel<sup>28</sup>.

28. Voir A. Ziliotto. "Une nouvelle génération pour les artisans ruraux", *Le Courrier* No. 83, janvier-février 1984, Bruxelles, CEE.

En Haute-Volta, par exemple, l'OIT a aidé à la création d'un Centre national de perfectionnement des artisans ruraux dans le cadre du Service national de promotion de l'emploi. Au Niger, l'Union nigérienne de crédit et de coopération a collaboré avec le ministère du Développement rural à l'organisation d'un système de fabrication de matériel agricole, et particulièrement d'outillage à traction animale.

### **Activités en période de chômage saisonnier**

Outre les activités artisanales, il existe de nombreux moyens de donner un emploi aux paysans au moment où ils sont inactifs pour des raisons saisonnières: on peut les former à des interventions très simples de protection de la santé telles que la prise d'échantillons en vue de la détection de la malaria; on peut leur apprendre à inculquer à leurs voisins et à leurs amis des notions d'hygiène et de diététique. Pour ne citer qu'un exemple, au Bangladesh, le Comité pour le progrès rural (BRAC) a décidé d'aider tout particulièrement les groupes ruraux extrêmement pauvres. Il a organisé pour eux certaines activités d'amélioration: canaux d'irrigation, drainage des marécages, construction de sentiers et de chemins ainsi que d'étangs pour la pisciculture. Ces programmes, en plus de l'amélioration des conditions de vie dans les régions rurales concernées, ont permis d'apporter quelques revenus aux paysans inactifs par le biais de salaires en espèces ou en nature, à savoir en produits alimentaires de base<sup>29</sup>.

## **2. Régime foncier et réformes agraires**

En essayant de définir ce qu'est un marginal ou un paysan extrêmement pauvre nous avons vu que ce concept se distingue soit par le manque de terres, soit par la superficie réduite de celles-ci.

Des rapports de la FAO et du BIT ont révélé que dans de nombreux pays d'Amérique latine, les neuf dixièmes de la population rurale ne possèdent pas de terres. Ceux qui cultivent une

29. Commission pour le progrès rural du Bangladesh (BRAC), *op. cit.*

petite parcelle n'en jouissent que dans des conditions précaires. Il est sans doute inutile d'insister sur l'insécurité des fermiers, métayers et autres personnes qui, sous diverses appellations en Amérique latine, travaillent des terres qui ne leur appartiennent pas; ceux qui cultivent une parcelle appartenant à quelqu'un d'autre en échange de quelques services personnels peuvent, à moins qu'une législation ne les protège, en être privés sans autre formalité. Le cas de l'occupant sans titre ou illégal est bien pire encore dans la mesure où il peut être expulsé à n'importe quel moment.

Dans le but d'améliorer la situation des paysans ne possédant pas de terre, des paysans très pauvres, en un mot des marginaux, on a, dans de nombreuses parties du monde, procédé à des réformes des modes d'occupation des terres, c'est-à-dire à des réformes agraires.

Il va sans dire que "réforme agraire" regroupe une grande variété de schémas et se rapporte également aux mesures de colonisation des terres incultes ou semi-dépeuplées ainsi qu'à celles qui ont permis aux grands exploitants de vendre leurs terres à des prix avantageux.

L'Amérique latine compte au moins 18 pays où des lois de réforme agraire ou de colonisation ont été promulguées<sup>30</sup> Il convient de mentionner que, dans cette partie du monde, cinq réformes agraires sont nées de mouvements révolutionnaires. Bien que les données à ce sujet manquent, l'amplitude de ces réformes permet d'affirmer qu'elles ont profité aux groupes ruraux marginaux ou pauvres, ce qui ne signifie pas que toutes les formes de pauvreté ou de "marginalité" aient été éliminées.

A Haïti, au début du XIXe siècle, une révolution a eu pour résultat la répartition en petites exploitations indépendantes des anciennes grandes plantations de canne à sucre françaises. La ré-

30. Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Costa Rica, Cuba, Chili, Equateur, Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Uruguay, Venezuela.

forme agraire faisait partie des objectifs proclamés de la révolution mexicaine qui commença en 1910. La réforme a conduit à trois modèles de propriétés agraires: la propriété communautaire, la petite propriété et le "ejido" (terrain communal) qui est en fait une institution originale de la réforme mexicaine. En Bolivie, le mouvement révolutionnaire a donné lieu à la réforme de 1953 qui a reconnu et maintenu la propriété collective des communautés indigènes ainsi que la petite propriété. Cette réforme a touché la grande propriété (latifundia), la moyenne propriété et l'entreprise agricole. A Cuba, la révolution a entraîné la réforme agrarie à partir de 1959. Certaines terres ont été regroupées en coopératives, mais la plupart d'entre elles ont donné naissance à des grandes exploitations appelées "granjas del pueblo" (greniers du peuple). Au Nicaragua, en 1979, la révolution sandiniste a appliqué une réforme agraire sur une base éclectique. Elle reconnaît l'exploitation de la terre sous forme de coopératives, de fermes d'Etat ou de propriétés privées.

En Inde, des réformes successives des modes d'occupation de la terre ont entraîné, la diminution du nombre de ceux qui n'étaient que de simples fermiers et l'augmentation de ceux qui se sont mis à exploiter leurs propres terres. Elle a ainsi permis l'amélioration de la situation des pauvres du monde rural. Il faut souligner qu'en Inde, à la différence de ce qui s'est produit dans d'autres pays, du moins au cours des étapes initiales des réformes, les modifications des modes d'occupation de la terre ont été suivies d'une augmentation de la production agricole<sup>31</sup>. Comme l'indique V.S. Vyas, il existe une étroite relation entre les trois phénomènes que sont la pauvreté, la production agricole et les changements institutionnels. Au Sri Lanka, les différentes étapes de la réforme agraire ont permis, entre autres, une redistribution plus juste du revenu et la création d'emplois supplémentaires. Les bénéficiaires directs de la réforme furent les paysans, mais les habitants marginaux ou pauvres du monde rural ont souvent obtenu des avantages indirects de cette nouvelle situation, soit parce

31. V.S. Vyas, "Institutional change, agricultural production and rural poverty - the experience of two decades", *Commerce*, Bombay, 19 août 1972.

qu'ils ont eu la possibilité d'obtenir du travail, soit parce qu'ils ont reçu une parcelle de terre<sup>32</sup>. En ce qui concerne les terres non touchées par la réforme agraire, des mesures ont été adoptées pour contrôler le loyer exigé par les propriétaires qui demandaient soit un loyer fixe, soit une certaine partie de la récolte (entre 25 pour cent et 50 pour cent). La limitation des prétentions de ces propriétaires a profité à tous les paysans non propriétaires, y compris, bien entendu, ceux qui pouvaient être qualifiés de pauvres.

Il n'est sans doute pas nécessaire de donner plus d'exemples de réformes agraires. Nous pouvons terminer en citant une partie intéressante d'un document de la FAO: "La réforme agraire ne représente pas seulement une modification de la structure des terres, mais également une mutation du milieu social qui, à son tour, modifie la mentalité des agriculteurs. Grâce à cette réforme, l'agriculteur qui, auparavant, ne pouvait prendre aucune décision quant à sa production, manquait pratiquement de toute motivation pour améliorer sa situation et, très souvent, vivait à la limite de la famine, peut dès lors devenir un gestionnaire actif dans une société nouvelle et faire partie d'une communauté consacrée volontairement à des activités productives<sup>33</sup>"

### **3. L'enseignement de la formation professionnelle**

Parmi les indicateurs de "marginalité" économique de la population, Garcia Sainz signale le manque de services de scolarisation<sup>34</sup>. L'alphabétisation, l'enseignement primaire de base, la formation professionnelle en matière d'agriculture et d'élevage constituent des bases fondamentales de la promotion économique et sociale des groupes marginaux ruraux.

32. P. Richards et Gooneratne, *op. cit.*

33. FAO, UNESCO et BIT, *Conférence mondiale sur l'enseignement et la formation agricoles*, Copenhague, 1970.

34. R. Garcia Sainz, *op. cit.*

Un des signes du sous-développement est précisément le taux élevé d'analphabétisme. De nombreuses études ont mis en évidence les carences en matière d'enseignement dans les pays en développement et ont indiqué comment elles affectent particulièrement la population rurale<sup>35</sup>. Les statistiques contenues dans ces études confirment un élément bien connu: l'analphabétisme est bien plus important dans les zones rurales qu'en milieu urbain et prédomine très nettement au sein des groupes ruraux pauvres ou marginaux. D'autre part, les efforts déployés pour la création d'écoles en milieu rural se heurtent à un important absentéisme scolaire. Selon un rapport de la Banque mondiale de 1980 concernant 11 pays d'Amérique latine, moins de 10 pour cent des élèves inscrits en première année primaire terminent la sixième année. Dans les pays en développement d'Asie et d'Afrique, la situation n'est guère meilleure. Face aux graves problèmes que révèlent les statistiques sur la situation de l'enseignement dans les zones tant rurales qu'urbaines des pays en développement, il y a cependant des signes encourageants. Un rapport de l'UNESCO indique qu'en Amérique latine, "entre 1960 et 1975, l'ensemble de la population scolarisée (urbaine et rurale) a augmenté de 31,1 à 76,5 millions de personnes". Le taux de croissance de la population scolaire est deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population. Il y a donc un progrès réel dont une partie touche la population rurale, même si aucune donnée ne nous permet de savoir si ce progrès a également atteint les groupes marginaux ou pauvres. Il est à craindre que les enfants de ces groupes bénéficient moins de l'enseignement, soit à cause du manque d'intérêt ou de l'apathie des parents, soit en raison des difficultés qu'ils éprouvent à se procurer le matériel scolaire et les vêtements nécessaires pour se présenter à l'école, sans oublier que ces enfants, très souvent, travaillent précocement et aident les adultes de la famille.

Quoi qu'il en soit, dans plusieurs pays, on est arrivé à faire prendre conscience aux parents agriculteurs de l'importance de l'enseignement pour leurs enfants. Les autorités en matière d'en-

35 Voir par exemple: UNESCO, CEPAL, PNUD, *Analphabétisme et scolarisation de base des jeunes en Amérique latine*.

seignement commencent à comprendre qu'il est important que l'école rurale adapte ses programmes et ses professeurs à la formation en milieu rural au lieu de suivre simplement les modèles et les objectifs propres à la vie urbaine. Parallèlement, aucun programme de développement rural n'aura d'effet réel sans l'appui d'un enseignement suffisamment étendu. Les recherches entreprises par la Banque mondiale ont démontré que la scolarisation et la formation professionnelle vont de pair avec une productivité agricole accrue. Si l'on compare le rendement de la terre selon qu'elle est travaillée par des analphabètes ou par des personnes ayant reçu au moins un enseignement primaire et une certaine formation professionnelle, on observe une production sensiblement supérieure pour les groupes scolarisés. En ce qui concerne l'Amérique latine, les études de la Banque mondiale se sont vérifiées dans certaines régions du Brésil et de Colombie. Cela revient à dire que l'enseignement et la formation professionnelle constituent un bon investissement en matière d'agriculture.

Quelques pays en développement ont procédé à une expérience intéressante: celle de l'école communautaire, qui n'est pas seulement destinée aux enfants et aux adolescents, mais aussi à toute la famille. Celle-ci est encouragée à collaborer avec les professeurs à l'amélioration des conditions de vie de la localité; l'école est utilisée comme centre communautaire pour l'enseignement des adultes, l'organisation d'activités sociales et récréatives, la diffusion de mesures d'hygiène, la création de garderies d'enfants et de surveillance des adolescents pendant que leurs parents travaillent. Il est nécessaire de tout mettre en oeuvre pour que ces centres suscitent l'intérêt de ceux qui, en raison de leur pauvreté ou de leur "marginalité", hésitent à s'y rendre spontanément.

### **Alphabétisation et enseignement élémentaire**

Etant donné que, pour améliorer l'enseignement et la formation professionnelle dans le secteur rural, la première étape consiste à éliminer ou, du moins, à faire régresser considérablement l'analphabétisme, le problème est de savoir comment il est pos-

sible de procéder à une alphabétisation massive de la population —y compris les groupes marginaux pour lesquels l'enseignement, même limité, constituerait un moyen de sortir de la "marginalité" et de la pauvreté.

Il serait hors de propos de décrire toutes les mesures appliquées dans diverses parties du monde en développement pour lutter contre l'analphabétisme et pour étendre l'enseignement primaire de base au secteur rural. Nous nous limiterons à quelques exemples.

En Colombie, le projet de l'UNESCO intitulé "Concentraciones de desarrollo rural" (Centres de développement rural) comprenait une importante campagne d'enseignement. Les "noyaux scolaires ruraux", établis dans quelques pays andins, se sont chargés d'activités scolaires et extra-scolaires et se sont associés au service de santé et de développement agricole. En Equateur, le "Programa de nuclearización educativa para el desarrollo rural" (Programme de scolarisation en vue du développement rural) a donné d'excellents résultats qui ont été facilités par le sens de la communauté des groupes indigènes. Au Mexique, des cours ont été organisés pour les collectivités rurales comptant moins de 150 habitants. En ce qui concerne le Venezuela, il faut citer les NARDI, "noyaux scolaires ruraux de développement intégré".

Bien qu'elles n'aient pas visé à l'alphabétisation mais bien à l'enseignement élémentaire, il convient de mentionner les expériences réalisées par le biais de la radio. De nos jours, même la plus modeste demeure rurale est équipée d'un récepteur de radio —souvent à transistors, car en général il n'y a pas d'électricité— alors que d'autres objets ménagers plus importants font défaut. La Colombie a été un pionnier dans ce domaine avec les "écoles radiophoniques" qui ont permis de diffuser un enseignement dans des milliers de foyers ruraux. Au Mexique, les écoles radiophoniques ont donné de très bons résultats dans des régions où la population est très dispersée comme dans la région Tarahumara, par exemple. Au Nicaragua, un programme radiophonique appelé "Puno en Alto" (Point Levé) s'est adressé à la population tant urbaine que rurale.



Au Bangladesh, certaines campagnes d'alphabétisation n'ont pas eu le succès escompté parce que l'intérêt des personnes concernées décroissait rapidement. Une nouvelle orientation a été recherchée: puisque le simple fait d'apprendre à lire, à écrire et à calculer ne suffisait pas à retenir l'intérêt des "élèves", des systèmes d'alphabétisation et d'enseignement élémentaire ont été appliqués qui combinent l'enseignement que l'on peut appeler classique avec des matières pour eux compréhensibles et immédiatement applicables. Cet enseignement comprend l'utilisation correcte des engrais, la culture du riz à haut rendement, l'élevage du bétail, l'aviculture, la pisciculture, la pêche, l'alimentation, le coopératisme, l'hygiène, la santé publique, la planification familiale, les soins aux enfants, les tâches ménagères, etc. Par ces programmes, le paysan peut apprendre à lire et à mieux travailler<sup>36</sup>.

Nous citerons enfin deux grandes campagnes d'alphabétisation intensive dont les principaux bénéficiaires ont été les habitants du secteur rural.

A Cuba, la Commission nationale d'alphabétisation a entrepris une importante campagne visant à la prise de conscience et à la mobilisation des esprits tant parmi les paysans analphabètes que dans les milieux où l'on pourrait trouver des personnes susceptibles de se charger de cette alphabétisation. Ont été ainsi recrutés 120 000 instructeurs, non seulement parmi les enseignants professionnels, mais également parmi les membres d'organisations de masse, de syndicats et d'organisations politiques. Ceux qui n'étaient pas enseignants professionnels ont reçu une formation brève mais intensive. Tous ces instructeurs ont alors été répartis dans différents villages. En 1953, Cuba comptait 23,6 pour cent d'analphabètes parmi les personnes de plus de 10 ans. A la fin de la campagne, ce taux avait été ramené à 3,9 pour cent.

Au Nicaragua, la croisade pour l'alphabétisation s'est effectuée sur la base de "brigades" de volontaires, en particulier d'étudiants des niveaux universitaire et secondaire: 406 000 personnes

36. Commission pour le progrès rural du Bangladesh (BRAC), *op. cit.*

de plus de 10 ans ont ainsi été alphabétisées. Une campagne a suivi, visant à inciter ceux qui avaient fait l'objet de cette alphabétisation à continuer à lire, et les "colectivos de educacion popular" (centres d'enseignement populaire) ont été créés. En 1981, 129 552 des 164 425 inscrits provenaient des régions rurales. Cette campagne d'alphabétisation se caractérise par le fait que, dans certaines régions de la côte atlantique, elle a été menée non seulement en espagnol, mais également en créole, en sumo et en miskito. Selon les estimations, le taux d'alphabétisme est passé de 49 pour cent à 12 pour cent. Afin de maintenir le niveau d'alphabétisation, une nouvelle campagne a été lancée en 1982.

Il va sans dire que toutes ces initiatives d'alphabétisation et d'enseignement primaire s'adressaient à l'ensemble de la population rurale et pas seulement aux groupes marginaux ou pauvres, mais, comme ce sont ces derniers qui en ont le plus profité, il nous a paru intéressant de les mentionner.

### **La formation professionnelle agro-pastorale**

La faible productivité des travailleurs agricoles est principalement due à leur manque de compétence technique ainsi qu'à l'utilisation d'outils aratoires et d'équipements vétustes. La culture de la terre ne peut pas continuer à être régie par la routine et la coutume. Les ressources que les sciences et les techniques modernes mettent à la disposition de l'agriculteur (machines, engrais, semences, pesticides, etc.) doivent être bien comprises pour être efficacement utilisées. Cette règle s'applique tant aux propriétaires de moyennes et de grandes entreprises agricoles qu'aux plus modestes cultivateurs. En somme, la formation professionnelle de la population rurale active est indispensable à une productivité adéquate et à de meilleurs revenus. Les statistiques montrent que, dans de nombreux pays en développement, le chômage — tant dans le secteur rural que dans les zones urbaines — est d'autant plus important que les niveaux d'enseignement et de formation professionnelle sont bas. Par conséquent, pour augmenter les possibilités d'emploi des groupes marginaux ruraux, il est indispensable de mettre la scolarisation et la formation professionnelle à leur disposition. En ce qui concerne

la formation, aux objectifs visant à permettre une utilisation appropriée des moyens mis à la disposition de l'agriculture par les sciences et les techniques s'ajoute l'orientation des petits exploitants agricoles vers des cultures plus rentables et l'abandon de cultures marginales — au sens économique du terme — qui se justifient seulement par la tradition ou par la satisfaction immédiate des besoins personnels et familiaux.

Comme le précise le "Centro Interamericano de Investigación y Documentación para la Formación" (Centre interaméricain de recherche et de documentation pour la formation) ou CINTERFOR-OIT, les programmes de formation professionnelle constituent un outil indispensables pour le développement rural, car ils permettent de valoriser le travail agricole, d'accroître la productivité et d'élever le niveau de vie des habitants de la campagne. Lors de la Conférence mondiale sur la réforme agricole et le développement rural, la FAO a approuvé un programme dont l'un des points insistait sur l'expansion de l'enseignement et de la formation des populations rurales afin d'accroître, leur productivité et leur capacité de s'assurer des revenus.

Il est bien évident que lorsque nous parlons ici de formation professionnelle, il s'agit d'un apprentissage élémentaire de courte durée et non pas de l'enseignement agronomique et technique qui existe dans tous les pays aux niveaux secondaire et universitaire. La politique de promotion des groupes marginaux ruraux devrait comprendre une aide stimulant ces derniers à suivre un enseignement de courte durée. Il existe, dans de nombreux pays, des organismes qui assurent une telle formation.

Dans certains cas, il s'agit surtout d'apporter un remède à l'extrême pauvreté: en Inde, par exemple, il existe des programmes destinés aux "ruraux pauvres" qui prévoient l'aide technique au travail agricole lorsque les bénéficiaires ont une parcelle de terre, si petite soit-elle, à cultiver; en Thaïlande, dans le but d'améliorer leurs ressources, on a appris aux paysans pauvres à utiliser de nouvelles techniques pour la culture du riz, ou encore on leur a conseillé de cultiver des produits plus rentables — par exemple non seulement du riz mais également du maïs — et de passer ain-

si d'une économie de subsistance à une économie de marche. Cependant, on s'est alors heurté à une infrastructure insuffisante pour faire parvenir sur le marché les produits qui restaient à ces paysans après que ceux-ci eurent satisfait leurs besoins familiaux.

La FAO réalise chaque année une série de projets en matière de formation professionnelle dans toutes les régions du globe par le biais de cours qui durent entre moins d'un mois et plus d'une année. C'est la formation de techniciens ou d'ouvriers spécialisés, de producteurs primaires, qui est principalement recherchée. En réalité, on ne sait pas dans quelle mesure les groupes marginaux ou extrêmement pauvres profitent de ces cours, mais nous avons cité ce programme car il démontre à quel point cette organisation, qui s'occupe d'encourager le progrès de l'agriculture, accorde de l'importance à la formation professionnelle.

#### **4. Les aides à la production**

##### **Commercialisation des produits agricoles**

Les méthodes assurant une commercialisation appropriée et juste des produits font partie des moyens permettant de protéger la population rurale consacrée aux activités agro-pastorales.

L'agriculteur, et plus particulièrement le petit exploitant, subit une perte sur les revenus qu'il devrait percevoir lorsqu'une partie, parfois important, du prix final des produits reste dans les mains de toute une série d'intermédiaires et également lorsque l'absence de possibilités de crédit l'oblige, pour obtenir des fonds, à vendre sa récolte à l'avance à un prix fixé arbitrairement par le prêteur.

Ceci dit, des moyens de commercialisation et de crédits appropriés ne profitent que très peu aux groupes marginaux ou pauvres. La plupart d'entre eux ne produisent pratiquement que

pour leur seule consommation. Ils n'ont pour ainsi dire aucun intérêt à se rendre au marché et, généralement, ils vendent immédiatement les surplus. Ils n'ont pas la possibilité d'attendre une situation plus favorable, dans la mesure où ils sont pressés par le besoin d'argent en plus du fait qu'ils n'ont aucun moyen, s'il y a un petit excédent de production après la consommation familiale, de le conserver.

La politique de protection des groupes marginaux en matière de commercialisation devrait comprendre l'octroi de crédits afin qu'ils aient la liberté de vendre le peu de produits dont ils disposent à ceux qui en offrent le prix le plus équitable ou de les remettre à des organismes d'Etat sans but lucratif, ce qui permettrait d'éliminer les intermédiaires. Il faudrait aussi leur donner la possibilité de stocker la production qui n'est pas destinée à la consommation personnelle immédiate.

Nous citerons maintenant quelques exemples de mesures appliquées dans certains pays tout en précisant qu'elles n'ont pas été conçues spécifiquement pour les groupes marginaux, mais bien pour les producteurs agro-pastoraux en général.

Au Brésil, un organisme officiel, la "Comision de financiamiento de la Produccion" (Commission de financement de la production) achète les produits agricoles directement à la source au prix minimum fixé 60 jours avant la récolte. Par le biais d'opérations appelées "Adquisicion del Gobierno Federal" (acquisitions du gouvernement fédéral), on essaye de libérer les agriculteurs, petits ou grands, des usuriers, des prêteurs et des intermédiaires. Au Mexique, la "Compania Nacional de Subsistencias Populares CONASUPO" (Compagnie nationale pour la subsistance populaire), organisme d'Etat sans but lucratif, et ses filiales appelées "Bodegas rurales CONASUPO" (magasins ruraux CONASUPO) s'efforcent de supprimer les intermédiaires, de payer les meilleurs prix possibles afin que le paysan tire profit de ces récoltes et en même temps de les vendre à des prix modérés aux consommateurs. Dans ses centres de formation, la CONASUPO prépare les paysans non seulement à la production agro-pastorale, mais également à la commercialisation de celle-ci.

En Equateur, la "Empresa nacional de almacenamiento y comercialización de productos agro-pecuarios et agro-industriales" - ENAC (Entreprise nationale de stockage et de commercialisation des produits agro-pastoraux et agro-industriels), organisme d'Etat sans but lucratif, achète et distribue ces produits à des prix raisonnables. Toutefois, cet organisme ne dispose pas de capitaux suffisants pour couvrir tout le marché et arriver à éliminer un nombre substantiel d'intermédiaires qui, en Equateur, sont extrêmement nombreux. En Inde, dans le but d'améliorer les revenus des petits exploitants agricoles, une loi a été promulguée pour éliminer les intermédiaires appelés dans ce pays "zamin-dars" et "jagirdars". En République dominicaine, l'Institut de stabilisation des prix (INESPRES) a, entre autres missions, celle de commercialiser la production des petits et moyens agriculteurs. En Thaïlande, pour protéger les paysans, on a instauré au niveau local des magasins permettant de stocker le riz et de stabiliser les prix; les produits ainsi emmagasinés peuvent servir de garantie à l'organisme qui a accordé des crédits aux cultivateurs.

A Cuba, le régime socialiste a imposé la suppression des intermédiaires et c'est l'Etat qui détient le monopole de la commercialisation. Au Nicaragua, il existe au sein de l'Institut de la réforme agraire des activités d'assistance technique et d'aide à la commercialisation des récoltes des paysans. Etant donné que le commerce extérieur a été nationalisé, l'Etat a créé des centres régionaux pour l'achat de produits d'exportation, à savoir le café, le coton, le sucre, etc. Il existe également des centres pour l'achat des grains de base (blé, riz, maïs) mais, dans les autres cas, le producteur est libre de vendre ses produits en dehors de ces centres. Au Paraguay, l'"Instituto de Bienestar Rural" (Institut du bien-être rural) comporte un service de commercialisation. Au Pérou, l'"Empresa Publica de Servicios Agro-pecuarios - EPSA" (Entreprise publique de services agro-pastoraux), organisme d'Etat, se charge de la commercialisation des produits agro-pastoraux destinés à la consommation nationale.

Une politique de prix justes doit compléter celle qui régit la commercialisation. Dans certains pays, pour des raisons d'ordre social ou politique, les produits alimentaires populaires ont été

maintenus à des prix anormalement bas; dans d'autres, au contraire, on a garanti des prix qui encouragent certaines cultures.

### **La fourniture de produits de base**

Les mesures visant à une commercialisation juste doivent être coordonnées avec un système approprié de fournitures de produits de base. De même que ses revenus légitimes peuvent être menacés par une chaîne d'intermédiaires, le petit ou moyen agriculteur peut être exploité par des fournisseurs ou des prêteurs lorsqu'il s'agit d'acquérir semences, engrais, pesticides et autres produits de base. La possibilité d'acquérir ces produits dans des conditions équitables constitue une mesure de protection de la population rurale même si les groupes marginaux, en raison de leur situation économique précaire, n'acquièrent que peu de ces produits de base en dehors des semences dont ils ont absolument besoin.

On peut citer quelques exemples de mesures favorisant la fourniture de produits de base: au Mexique, les sociétés de crédit agricole et de crédit communal remplissent une fonction utile dans la mesure où elles facilitent, pour le petit producteur, l'achat de produits de base à des conditions intéressantes. Au Pérou, l'entreprise nationale de commercialisation des produits de base centralise les importations, les achats aux producteurs nationaux et gère des centrales de vente de ces produits. Elle a été cependant confrontée à des problèmes de transport et de stockage. Dans certains pays d'Asie, des produits de base ont été vendus à des prix subventionnés dans le but d'améliorer la situation des paysans pauvres.

### **Les coopératives rurales**

Qu'elles soient de production, de crédit ou de consommation, les coopératives agricoles sont un instrument très utile pour l'amélioration des conditions de vie de la population rurale. Une étude du BIT précise: "Le mouvement coopératif a un rôle important à jouer dans la recherche de solutions aux problèmes que pose la technologie, la commercialisation, le crédit, la mise

en oeuvre de programmes de réforme agraire, l'assistance technique, etc." Mais pour que le coopératisme protège efficacement la population rurale, il doit pouvoir s'appuyer sur des moyens importants et concerner une large majorité de paysans.

Malheureusement, dans la plupart des cas, la création de coopératives pour les groupes marginaux ruraux n'est pas possible. En effet, la plupart des membres de cette communauté ne possèdent pas de terre et ne disposent que de très peu d'outils ou autres équipements agraires. En règle générale, ils n'apporteraient que leur pauvreté à la coopérative. Quant aux coopératives de crédit ou de production existantes, elles se montrent peu enclines à accorder des prêts, si petits soient-ils; ou des avances sur les récoltes aux paysans pauvres ou marginaux, car elles craignent de ne pas pouvoir récupérer leur argent. Dans un pays, les dirigeants de ces coopératives ont évoqué le risque de voir les bénéficiaires de prêts utiliser ceux-ci à des fins différentes de celles pour lesquelles ils ont été accordés; ils ont également estimé qu'un contrôle efficace de l'usage fait de ces prêts ne serait pas réalisable. Les garanties offertes sont généralement jugées insuffisantes. En somme, dans certaines coopératives, les considérations commerciales ou bancaires l'emportent sur l'aspect social.

Il existe toutefois de nombreuses coopératives agricoles dont les membres sont de modestes paysans et dont les activités en faveur de la population rurale, y compris des groupes les plus pauvres, donnent des résultats satisfaisants. Nous n'en citerons que quelques exemples: au Bangladesh, la création de coopératives rurales a été favorisée en tant que moyen de promotion de l'agriculture et de développement rural. Selon A.M. Akhanda<sup>37</sup>, "les petits exploitants agricoles et autres paysans, les ouvriers ruraux, artisans, chauffeurs, maçons, charpentiers, potiers, petits commerçants, etc., ont été encouragés à s'organiser en coopératives de village. Conformément au principe d'auto-suffisance coopérative, les épargnes individuelles ont été réunies afin de

37. A.M. Akhanda, "Stratégie de développement agricole et rurale au Bangladesh", in FAO, UNESCO, BIT, *Formation pour l'agriculture et le développement rural*, Rome, 1981.



constituer un capital important. La formation de champs de 20 à 40 hectares dans les coopératives de village a facilité l'irrigation, la création d'un crédit institutionnel et l'amélioration des techniques agricoles. Ces coopératives de village ont permis de surmonter les obstacles que constituaient la superficie réduite des parcelles et le fractionnement des terres et de créer des coopératives autonomes bancaires et de commercialisation. Ce système a rendu possible l'accumulation de capital et de main d'oeuvre"

Au Bangladesh encore, dans le cadre du projet "SULLA", il y avait, en 1976, près de 120 coopératives dites "primaires", 80 d'agriculteurs, 30 de pêcheurs ainsi que d'autres coopératives de femmes et d'agriculteurs sans terres. Avant la mise en oeuvre de ce projet, une association de coopératives avait été créée. Son but principal était de canaliser les crédits et subventions accordés par le gouvernement aux membres des coopératives primaires, de fournir par eux-mêmes et de servir de lien avec les départements du gouvernement concernés. On avait, par ce biais, essayé de remédier aux inconvénients des anciennes sociétés coopératives qui avaient perdu toute leur efficacité en tombant aux mains de groupes puissants du village tels que grands propriétaires ou prêteurs. Les facilités de crédit et autres avantages que le gouvernement accordait aux coopératives étaient généralement monopolisés par le groupe dirigeant au détriment des intérêts des membres<sup>38</sup>

Nous avons insisté sur l'exemple du Bangladesh car il s'agit d'un pays où une partie de la population souffre de pauvreté et du manque de services de santé, d'enseignement ainsi que d'autres carences qui, en fonction de ce que nous avons dit précédemment, caractérisent les groupes marginaux.

Au Kenya, les coopératives agricoles se sont considérablement développées. En 1972, elles géraient 50 pour cent de la production de café, 90 pour cent du pyrèthre et 25 pour cent du marché laitier. En 1975, il y avait 1 450 coopératives rurales dans ce pays.

38 Commission pour le progrès rural du Bangladesh (BRAC), *op. cit.*

Dans certaines régions, l'apparition de coopératives a dérivé de l'application d'autres programmes. En République centrafricaine, par exemple, c'est dans le cadre des activités des centres de formation que de jeunes agriculteurs se sont regroupés en coopératives agricoles de production. Au Nicaragua, c'est la réforme agraire qui a engendré la création des coopératives qui, en 1972, étaient au nombre de 3 820. La "Union nacional de agricultores y ganaderos" (Union nationale des agriculteurs et éleveurs), qui est chargée d'inciter les petits et moyens producteurs à s'unir au sein de coopératives, comptait cette année-là 50 836 membres<sup>39</sup>. A Cuba, la promotion des coopératives s'est faite dans le cadre de la réforme agraire. Les paysans ont été regroupés en coopératives de crédits et de services afin qu'ils puissent bénéficier d'une aide commune: crédits d'Etat, matériel, assistance technique, etc.

## 5. L'alimentation

Comme le fait remarquer Garcia Sainz dans le document que nous avons déjà plusieurs fois mentionné, les carences alimentaires constituent un des indicateurs de la "marginalité" tout en débordant largement ces groupes. Selon des études réalisées par la FAO et le BIT, au moins 50 pour cent de la population rurale est sous-alimentée. La situation générale est alarmante dans certaines régions rurales défavorisées où la terre est pauvre, mal cultivée, où les agriculteurs ne disposent que de petites parcelles de terre... La FAO a lancé, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies, un Programme mondial pour l'alimentation, mais dans la plupart des cas le secteur rural est négligé au profit des travailleurs urbains alors que, paradoxalement, ce sont souvent les travailleurs de la terre qui sont le plus mal alimentés. Remédier aux carences alimentaires constitue donc une importante mesure à prendre pour la protection sociale de la population rurale, et plus particulièrement des groupes marginaux.

39 Voir Institut national de sécurité sociale du Nicaragua, "La Seguridad Social en Nicaragua y su extension al campo". *Symposium sur l'extension de la sécurité sociale au milieu rural et réforme agraire au Nicaragua*, 21-25 novembre 1982.

Dans plusieurs pays, les codes ou autres législations du travail obligent les employeurs agricoles à nourrir convenablement leurs employés<sup>40</sup>. Outre le fait que ces dispositions sont souvent mal appliquées, elles ne favorisent qu'une partie de la population rurale: les salariés. Les groupes marginaux, eux, n'en bénéficient absolument pas. Dans certains pays, et plus spécialement en Afrique, le prix intéressant à certaines époques de produits agricoles d'exportation, tels que coton ou café, a incité les paysans à préférer ces cultures au détriment de céréales ou d'autres denrées alimentaires. On en est arrivé à la nécessité d'importer ces dernières à des prix que ne peuvent payer les paysans très pauvres qui, en revanche, n'ont pas profité de la culture de produits d'exportation.

Nous n'avons disposé que de peu d'informations concernant les mesures prises spécifiquement pour améliorer l'alimentation des groupes ruraux marginaux ou nécessiteux: En République de Corée, il existe un programme d'assistance publique financé par le gouvernement central et par les gouvernements locaux. Par ce biais, des grains sont distribués, des allocations d'alimentation sont payées et des repas sont offerts. Au mois de juin 1980, on a estimé que 66 pour cent des 1 782 000 personnes couvertes par ce programme d'assistance publique habitaient les zones rurales. Au Costa Rica, le "Fondo de desarrollo social y asignaciones familiares" (Fonds de développement social et d'allocations familiales) doit consacrer 60 pour cent de ses revenus à certains services sociaux, y compris dans le domaine de l'alimentation. Il ne s'agit pas de prestations exclusivement destinées à la population rurale, mais c'est à celle-ci qu'elles profitent particulièrement. Au Sri Lanka, durant de nombreuses années, l'Etat a subventionné le prix de certaines denrées alimentaires, en particulier de céréales qui ont été vendues à des prix inférieurs au prix de revient. Cette mesure avantageait tout le monde, mais en particulier les pauvres, étant donné que la consommation de céréales est, par rapport à la consommation totale, moindre au sein des groupes disposant de revenus supérieurs. Selon Richards et Goonerath-

40. A titre purement indicatif, il existe des lois dans ce sens dans les pays d'Amérique latine suivants: Argentine, Brésil, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Uruguay.

ne<sup>41</sup>, les subsides destinés à réduire le prix de certains aliments peuvent se traduire par un gain de 20 pour cent pour les travailleurs ruraux. Toutefois, cet avantage est moindre pour les pauvres du secteur rural, car au Sri Lanka ils consomment moins de farine de blé que la moyenne et préfèrent le manioc. Il fut un temps où, au Sri Lanka, on organisait la distribution d'à peu près 1 kilo de riz par semaine et par personne.

## REMARQUES FINALES

En espérant que des conclusions significatives pourront être déduites des documents présentés à la Table ronde et des débats, nous nous limiterons, au stade actuel, à dégager quelques points saillants du présent document:

- 1) On peut observer que les problèmes que pose la protection sociale des groupes marginaux dans les zones rurales ne sont pas fondamentalement différents de ceux qu'entraîne la protection de la population rurale en général, mais sont rendus plus aigus par la situation économique précaire et le niveau d'instruction très bas de ces groupes.
- 2) On constate que les mesures visant à résoudre ou à atténuer ces problèmes au sein de la population rurale en général sont applicables aux groupes marginaux avec d'éventuelles adaptations.
- 3) Dans de nombreux pays du monde, il existe un nombre considérable d'êtres humains marginaux ou extrêmement pauvres, particulièrement dans les zones rurales des pays en développement. Les principes de morale, de justice sociale et de simple solidarité humaine imposent l'adoption de mesures permettant de rendre moins pénible la situation de ces secteurs si défavorisés.

41. P. Richards et W. Gooneratne, *op. cit.*

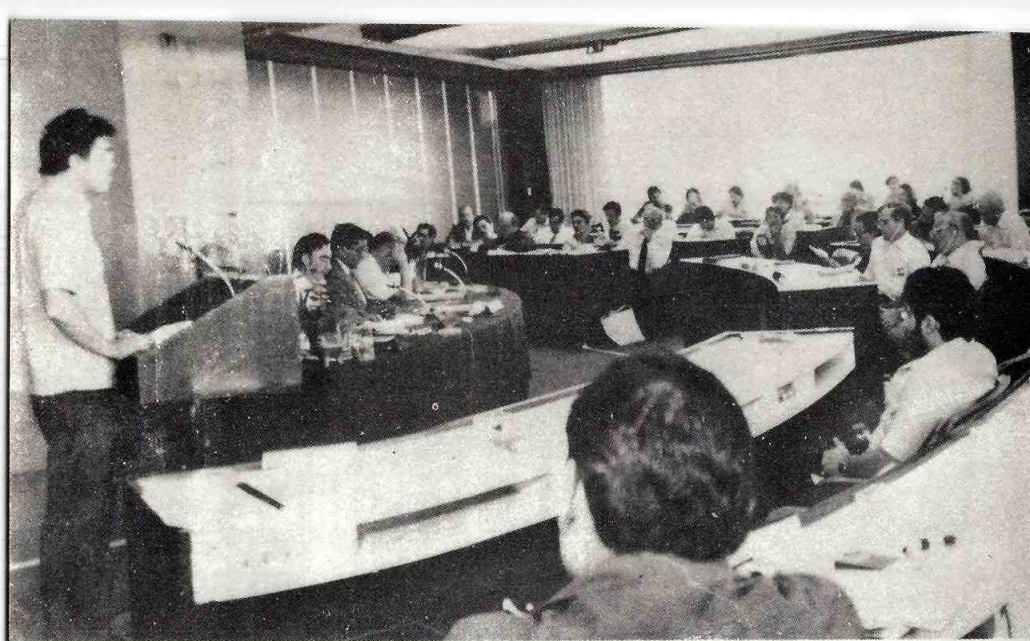
- 4) C'est pourquoi il serait important de poursuivre des recherches portant sur les formes les mieux adaptées de protection de ces groupes, sans oublier qu'un développement approprié du secteur agro-pastoral et, le cas échéant, des réformes structurelles d'ordre politique et social sont la base de solutions durables aux problèmes de ces groupes.

ACTIONS DE LA CONFERENCE  
INTERAMERICAINE DE SECURITE SOCIALE  
DANS LA PROMOTION DE LA  
PROTECTION  
SOCIALE A LA POPULATION RURALE\*

Gastón Novelo\*\*

\* Document présenté par le Secrétariat général du Comité Permanent Inter-américain de la Sécurité Sociale (CPISS).  
Secrétaire général CPISS.

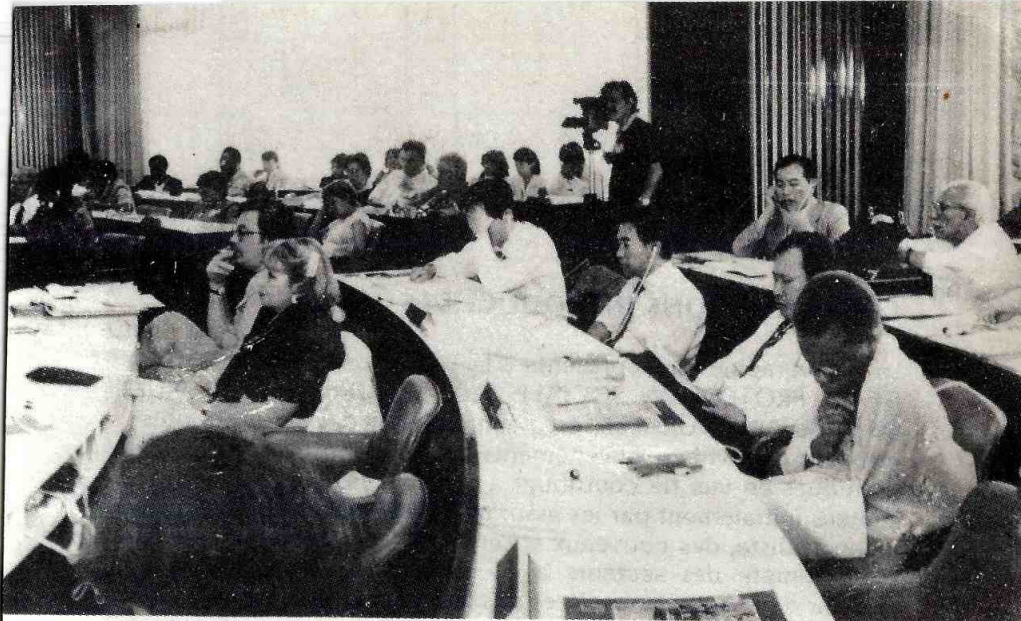
Oaxtepec, Morelos, Mexique du 13 au 16 novembre, 1984.  
\*\* Secrétaire général CPISS.



INTERAMERICAIN DE SECURITE SOCIALE  
DANS LA PROMOTION DE LA  
PROTECTION  
SOCIALE A LA POPULATION RURALE

Carroll Haverty

Le document présenté est le résultat d'un séminaire de l'Organisation Interaméricaine de Sécurité Sociale tenu à Washington, D.C., les 15 et 16 septembre 1984. Les débats ont été dirigés par M. Carroll Haverty, Directeur Général de l'Organisation Interaméricaine de Sécurité Sociale.



Le Comité a été exposé dans de nombreux Résolutions sur les  
la Région Caraïbe de la Conférence Interaméricaine des Sciences  
et sociales (CIS) et des représentations étrangères dans les  
travaux techniques spécifiques dédiés à la région des expo-  
sés et médicaux d'extension à la population locale. Un tel travail  
constitue et étend à ces problèmes et à toute les questions  
concernant des normes fondamentales des modèles de développement  
et de maintien médicale et en général, des activités, politiques  
qui vont permettre l'action des organisations travaillant à la  
responsabilité des institutions locales.

Par conséquent, une attention sera maintenue en faveur  
des progrès de réaliser les objectifs de région suivants : dans  
l'état des travaux de CIS et ses organismes régionaux.

Résolution CIS, concernant l'adoption de la région en  
cette à la population locale.

Résolution CIS, concernant les allocations et les services  
sociaux.

Le Comité Américain en collaboration de la Société Inter-  
Américaine sur les maladies des enfants et adolescents.

Aspect général de la réunion pendant la présentation des monographies  
des organismes internationaux.



## CONSIDERATIONS INTRODUCTIVES

La monographie qu'on présente à la Table Ronde L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX GROUPES MARGINAUX DES REGIONS RURALES, est composée par des résultats obtenus dans de nombreux événements qui ont orienté des décisions politiques en vue de contribuer à modifier les conceptions acceptées initialement par les assurances sociales et définir, d'une façon réaliste, des nouveaux schémas d'organisation en vue de tenir compte des secteurs avec urgence de protection sans pouvoir de charges financières et sans remplir les formalités des relations du travail, considérés indispensables par les assurances traditionnelles.

Ce souci a été exprimé dans de nombreuses Résolutions des Assemblées Générales de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale (CISS) et des recommandations adoptées dans les réunions techniques spécifiques dédiées à la révision des exposés et modalités d'extension à la population rurale. D'une façon insistante et attaché à ces problèmes, on a traité des aspects concernant des normes juridiques, des modalités de financement et d'attention médicale et, en général, des décisions politiques qui vont permettre l'octroi des allocations étant chargées à la responsabilité des assurances sociales.

Par conséquent, afin d'élaborer cette monographie, on trouva approprié de réviser les ouvrages de référence suivants, comme résultat des réunions du CISS et ses organismes techniques:

- Résolutions CISS, concernant l'extension de la sécurité sociale à la population rurale<sup>1</sup>.
- Résolutions CISS, concernant les allocations et les services sociaux<sup>2</sup>.
- Des Congrès Américains en Médecine de la Sécurité Sociale. Conclusions sur les modalités des services d'attention médicale et des allocations sociales aux groupes marginaux de la population rurale<sup>3</sup>.

- Congrès Interaméricain Juridique de la Sécurité Sociale. Recommandations sur l'adaptation de la législation en vue d'établir des schémas juridiques qui rendent propice l'extension de la sécurité sociale, en particulier, au milieu rural<sup>4</sup>.

A ce sujet, il faut mentionner l'appui et la collaboration reçus par l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS) et ses experts, qui avec leurs apports, ont contribué à l'obtention des recommandations qui ont permis la révision des structures et des décisions politiques de sécurité sociale en vue d'identifier des stratégies générales de l'extension à la population rurale et aux groupes marginaux. Pour cette raison, la participation du Secrétariat Général du Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale (CPISS) à cette table ronde, convoqué par l'AISS et sous les auspices de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale (IMSS), est l'occasion propice en vue de reconnaître le succès et les résultats excellents des réunions passées organisées conjointement par l'AISS et le CPISS.

Comme un exemple, on peut évoquer un événement qui est une partie de l'histoire de la Sécurité Sociale de l'Amérique: LA TABLE RONDE MONDIALE SUR LA CONTRIBUTION DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE AUX PROGRAMMES DE SANTE PUBLIQUE<sup>5</sup>, qui a eu lieu en 1969. La Déclaration d'Oaxtepec est le résultat de ses débats comme inspiration des actions futures, qui établit les concepts et réalités sur l'importance que représente la participation des assurances sociales dans les décisions politiques nationales de santé, lesquelles sont en vigueur dans les stratégies actuelles de l'Attention Primaire sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et son Bureau Régional, l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS).

Comme une réflexion de reconnaissance, le Secrétariat Général du CPISS exprime un souvenir d'affection aux trois personnes de la Sécurité Sociale au niveau mondial qui, avec sagesse et des convictions fermes, ont inspiré des principes doctrinaires de la Déclaration de Oaxtepec. On rend un hommage respectueux à la mémoire de Messieurs Leo Wildmann, Reinhold Melas et Ignacio Morones Prieto.

Dans cette monographie qui essaie de présenter d'une façon globale l'importance donnée par la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale à l'extension de la protection sociale aux groupes marginaux ruraux, il faut faire mention d'un événement qui a souligné avec fermeté des nouveaux chemins pour la sécurité sociale du continent: la Résolution de la VIII<sup>e</sup> Conférence des Etats de l'Amérique, membres du Bureau International du Travail (OIT), à Ottawa 1966, que l'on connaît comme le Programme de Sécurité Sociale d'Ottawa<sup>6</sup>.

Il fait référence dans le contenu, des directives en vue de modifier la sécurité sociale, et en ce qui concerne l'élargissement à la population rurale, il faut mentionner la VIII<sup>e</sup> Clause qui souligne dans le texte:

"On doit faire prioritaire au maximum l'élargissement de la sécurité sociale au milieu rural, en vue de donner protection à la population paysanne dans les particularités propres de ses structures socio-économiques, par l'amélioration du niveau de vie et par la couverture de toutes les éventualités qui affectent cette population. Dans la mesure nécessaire, on doit déterminer une nouvelle orientation ou un concept plus vaste de la certitude des revenus des paysans, dans la recherche appropriée pour sa réalisation. Dans les programmes de réforme agraire, il faut considérer la protection intégrale des travailleurs ruraux. L'objectif doit être la protection intégrale des travailleurs ruraux mais, le cas échéant, il faut essayer des solutions partielles, tant en ce qui concerne les éventualités couvertes que le champ d'application des régimes. Si la sécurité sociale des travailleurs ruraux ne peut être autofinancée avec des ressources propres des régions respectives, il faudra faire appel à la solidarité nationale."

Par le lien étroit du CISS avec le BIT dès sa création en 1942, il faut constater que l'ensemble d'idées du Plan d'Ottawa au sujet de la sécurité sociale au milieu rural, est un facteur d'inspiration pour des résolutions et des recommandations émanées des nombreuses réunions et des congrès convoqués par le Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale depuis 1966.

Les dernières informations signalent comme une situation encourageante, les nombreuses assurances sociales de la région, qui considèrent dans leurs projets d'élargissement, les problèmes du marginalisme. Pourtant, il faut remarquer dans cette introduction, deux orientations simples du concept marginalisme:

- La première, qui signifie un "marginalisme social", fomenté par des facteurs qui sont une barrière injuste, qui empêchent certains secteurs de participer dans des situations de changement originées par le cours du développement économique et social. D'une façon générique, on peut situer dans cette catégorie les groupes de la population à l'écart des bénéfiques du progrès qui ont besoin dans le sens strict de la solidarité nationale et de la justice sociale.
- Dans la deuxième, le marginalisme peut être réferé d'une façon conventionnelle, comme le manque de participation dans les programmes des allocations et des services dont l'application est contenue dans la structure traditionnelle des assurances sociales. Cette situation peut être définie comme un "marginalisme des bénéfiques de la sécurité sociale".

L'ensemble de ces deux orientations a comme résultat la conclusion suivante: *en tenant compte des actions réalisées par la sécurité sociale d'une façon chaque fois plus définie comme un moyen de politique de développement, il faudra convenir que le marginalisme social et le marginalisme des bénéfiques de la sécurité sociale, sont deux aspects coïncidents et réciproques de la même situation problématique.*

Etant donné le rapport avec le sujet de cet événement, il faut mentionner le programme de recherche et d'études entamé par le BIT, qui a comme but l'encouragement des possibilités de l'Attention Primaire de la Santé dans le cadre de la sécurité sociale dans la région américaine. LA CONSULTATION TECHNIQUE REGIONALE SUR DES STRATEGIES POUR LE DEVELOPPEMENT DES PROGRAMMES DE SANTE DE LA SECURITE SOCIALE<sup>7</sup>, réalisée au Mexique en septembre 1982, en coordination avec l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) et le Comité Per-

manent Interaméricain de Sécurité Sociale, remarque le concept suivant: "Les nouveaux objectifs de santé requièrent d'une conception intégrée du développement national, car on a montré que le développement économique ne mène pas, en tout cas, à un meilleur niveau de vie et de santé. Le rôle de la sécurité sociale est, à cet égard, fondamental".

Une fois connues les expériences et les perspectives nationales, on a souligné un objectif cette fois: "faire accessible l'attention à la santé pour la population entière, par la structuration et l'expansion des services de santé afin d'améliorer l'équité, l'efficacité et l'efficience". Cet objectif, qui exige la promotion de l'union intersectorielle et qu'en vue de la faire effective comprend des éléments économiques, sociaux, culturels et de l'environnement, doit produire à courte échéance, un élan modificateur des attitudes pour la participation de la sécurité sociale dans les programmes de santé aux groupes à l'écart des régions rurales.

La célébration de cette rencontre à Oaxtepec, qui attache les efforts de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale et la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale, sera un événement qui permettra de continuer la révision des structures des assurances sociales et les rendre des instruments de changement qui contribuent au renforcement du cours de développement.

On peut espérer sûrement que l'initiative du Président du CPISS et le Directeur Général de l'Institut Mexicain de la Sécurité Sociale, Lic. Ricardo García Sáinz, présentée à Genève au mois d'octobre 1983, et l'appui du Comité Directeur et du Secrétariat Général de l'AISS à la charge de Monsieur Vladimir Rys, aura comme résultat d'activer et d'encourager des activités qui requièrent, comme un élément formel, faire appel aux études en vue d'identifier des actions juridiques, administratives, financières et de médecine sociale, qui soient des éléments fondamentaux en vue de renforcer les possibilités de l'extension de la protection sociale aux groupes marginaux. Dans ces buts, on sait qu'il faut disposer de l'information afin de connaître les problèmes particuliers qui conditionnent les particularités sociales, économiques et sanitaires de la population rurale.

La révision des stratégies utilisées et des résultats obtenus dans les programmes visés à la protection sociale des groupes marginaux des régions rurales, sera appréciée d'une façon pratique dans les apports nationaux présentés à cette table ronde. On va connaître des expériences récentes qui pourront être évaluées et qui font la modification des systèmes traditionnels des assurances sociales, qui ont été le résultat des actions politiques des gouvernements, sous des principes de solidarité, qui favorisent le cours du développement avec justice sociale.

Ces énoncés justifient que le rapport du Secrétariat Général du CPISS soit limité à présenter, comme un apport pour la table ronde, la révision de quelques actions particulières qui sont reconnues comme des conditions requises préalables, afin de faire faisable l'extension de la sécurité sociale au milieu rural.

En vue de contribuer à l'identification et l'évaluation des situations qui sont courantes dans les régions rurales dans quelques pays de l'Amérique Latine, dans ce document on a considéré convenable d'établir les sujets suivants:

## **PROBLEMATIQUE DE L'EXTENSION DE LA SECURITE SOCIALE DANS LES REGIONS RURALES**

### **Particularités sociales, économiques et sanitaires**

#### **Situations particulières des régions rurales**

#### **Recherches pour l'extension de la sécurité sociale**

## **STRATEGIES POUR L'OCTROI DES ALLOCATIONS A LA POPULATION RURALE**

### **Modalités de la Mise en Oeuvre**

#### **Action communautaire pour les développement des programmes basiques de santé dans les régions rurales**

## **PERSPECTIVES DANS LE CHAMP D'APPLICATION DE LA SECURITE SOCIALE DE LA POPULATION RURALE**

### **Considérations finales**

## **PROBLEMATIQUE DE L'EXTENSION DE LA SECURITE SOCIALE DANS LES REGIONS RURALES**

La tendance actuelle à situer la sécurité sociale dans le cadre national de développement et planifier l'accroissement de la population couverte, rend faisable la réduction des inégalités dans quelques secteurs qui ont besoin de la protection à cause de leurs particularités adverses économiques et sociales, comme dans le cas de la population marginale des régions rurales.

Cette attitude cause des décisions politiques en vue de permettre de trouver la solution d'une stagnation dans le procédé évolutif et dans l'extension de la sécurité sociale, provoqué par le rigorisme adopté dans les législations ou bien par l'autonomie mal entendue, en cherchant à avoir une indépendance totale des assurances sociales qui les a éloignés des problèmes entiers du développement national. En vue de surmonter des obstacles, il y a aujourd'hui l'accord qui remarque que la sécurité sociale doit être convenablement incorporée à la planification du développement et du progrès social.

La structuration des actions pour le système de l'extension, doit être adaptée aux conditions particulières des nouveaux secteurs de la population qui sera couverte et aux problèmes de la région où ils habitent, soit urbaine où rurale. Pourtant, il faut obtenir des informations qui permettent d'approfondir les problèmes conditionnés par les situations socioéconomiques et sanitaires, ayant des particularités écologiques, culturelles et démographiques.

### **Particularités sociales, économiques et sanitaires.**

Dans l'Amérique Latine, les pays ont des particularités et des situations spécifiques qui méritent une étude minutieuse et responsable, préalable au cours d'adoption des solutions adéquates en vue de définir les programmes de l'extension de la sécurité sociale à la population rurale.

On a pu identifier par la révision de l'ouvrage de référence obtenu dans les réunions de la Conférence Interaméricaine de Sécurité

Sociale et ses organismes techniques, les particularités générales de la population paysanne qui sont énumérées par la suite, étant une épreuve de marginalisme du progrès social et par conséquent de marginalisme des allocations et des services chargés aux assurances sociales:

- Environ 45% de la population est paysanne.
- Il y a des secteurs de la population indigène intégrée partiellement à la civilisation, qui gardent des patrons culturels et des structures socioéconomiques qui requièrent des soins urgents.
- Evidemment, il y a une dispersion de la population rurale; plus de 125 millions de personnes habitent dans des communautés de moins de 2 000 habitants.
- Dans la plupart des pays il y a des conditions d'inaccessibilité à cause de raisons topographiques, qui ont empêché la pénétration adéquate des moyens de soins médicaux ainsi que le progrès social et économique.
- Le taux d'accroissement de la population est plus élevé que dans quelques régions du monde avec un taux moyen de 2.9% par an. Quelques pays atteignent des chiffres supérieurs au 3.2% en comparaison avec 0.9% dans les pays européens.
- Dans la structure d'âges, on trouve que 42% de la population en moyenne a moins de 15 ans, et le groupe d'âge qui a plus de 65 ans représente 4%. Par conséquent, la population économiquement active représente un pourcentage défavorable.
- Le revenu par personne dans l'ensemble est très faible et on peut observer une grande inégalité dans la distribution du revenu. Ce revenu étant plus faible encore au milieu rural.
- L'émigration désordonnée vers les régions urbaines est un souci, étant l'origine des cercles de population marginale qui n'est pas intégrée à l'industrialisation à cause de ses particu-



larités. Par conséquent, elle s'occupe des tâches de productivité basse qui entraîne le déplacement de la sous-occupation de la campagne à la ville.

- La production de nourritures étant insuffisante avec un déficit de la nutrition de base, et en particulier des protéines d'origine animale, cause pourtant un niveau de nutrition bas pour la population. Il y a des pays par-dessous 2 000 calories par personne, mais ce chiffre peut varier, étant donné qu'il est plus bas dans les grandes majorités en particulier, dans les régions rurales.
- Le logement a des particularités négatives. étant insuffisant et en mauvaises conditions. En milieu rural, une partie très importante, est constituée par des habitations uniques où coexistent dans la promiscuité de nombreuses personnes qui composent la famille paysanne.
- La distribution de l'eau intradomiciliaire a eu un développement important dans les secteurs urbains et fort limité dans les régions rurales, où plus d'un 80% des habitations reçoivent de l'eau de puits, de réservoirs ou de dépôts, parmi d'autres moyens de distribution inadéquats et insalubres.
- La disposition excrétrice et des ordures, surtout dans les régions rurales est pratiquement nulle ou avec un développement rudimentaire, ce qui fait que le logement paysan à cause de ses conditions déficientes d'hygiène et sanitaires, offre des mauvaises conditions de logement au groupe familial.
- La méthode éducative dans les régions rurales, malgré les efforts réalisés et l'importance croissante des ressources employées, se développe à un rythme plus lent que dans les secteurs urbains, ayant des taux élevés d'analphabétisme.
- Malgré l'intérêt des ministères de santé et des institutions de sécurité sociale en vue d'octroyer de soins médicaux efficaces et adéquats, ainsi, que d'essayer d'organiser les programmes nationaux de santé: les indicateurs montrent une situation

qui continue à être défavorable: la mortalité des enfants continue à représenter des taux très élevés, la morbidité des maladies infectieuses et parasitaires continue d'être élevée. Cette situation signale le besoin de faire face aux problèmes de la santé avec un degré prioritaire.

- C'est une réalité dans quelques pays que les assurances sociales avec une extension graduelle et progressive, ont été des éléments importants pour la distribution du personnel de la santé. Des allocations médicales ont été octroyées à la population dont les ressources étaient très limitées et quelques fois inexistantes; cependant, les ressources de la santé n'ont pas augmenté d'une façon similaire à l'accroissement démographique, ce qui ouvre une brèche entre la demande satisfaite et la demande présentée. Pourtant, il faut réaliser des programmes plus vastes visant fondamentalement les régions rurales, dont les habitants requièrent un appui solide au niveau national.
- La distribution inadéquate du personnel médical et de ses assistants ainsi que d'autres professionnels et techniciens qui sont concentrés dans les grandes villes, a comme résultat que la population du milieu rural souffre du manque ou dispose de ces ressources d'une façon limitée.
- En Amérique Latine il y a plus d'environ 14,000 institutions hospitalières qui disposent de plus de 900,000 lits, avec une utilisation variable mais, en général, déficiente. Les lits disponibles à l'hôpital sont une des questions qui montrent avec le développement institutionnel des ressources humaines, l'apport important des assurances sociales aux systèmes nationaux de santé.

Comme une conclusion des situations qu'on trouve dans les régions rurales, il faut accepter que les particularités sociales, économiques et sanitaires de la population sont peu favorables et qu'elles exigent, comme le Programme d'Ottawa l'a mentionné, que les assurances sociales incorporées à la planification nationale, fassent prioritaires leurs programmes d'extension, par la modification des structures traditionnelles.

## Situations particulières des régions rurales

Il faut ajouter à la réalité exposée au chapitre précédent qui montre la situation difficile comme dénominateur commun d'un grand pourcentage de la population paysanne, des éléments qui sont des problèmes spécifiques, entre lesquels on peut remarquer les suivants:

- L'agriculture appauvrie par une structure hétérogène de la force de travail, la multiplicité et la complexité des sociétés agricoles, l'isolement et la dispersion géographique des groupes de population à cause de l'exode rural.
- Un niveau élevé de sous-emploi rural.
- Des revenus faibles des agriculteurs salariés et indépendants, qui sont souvent considérablement inférieurs aux salaires des travailleurs des autres secteurs.
- Pauvreté plus élevée et marginalisme des bénéficiaires des institutions de protection sociale.
- Manque d'une infrastructure de santé et des possibilités fort limitées en vue de l'établir.

Tous ces éléments qui ont été identifiés dans les réunions de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale, forment un ensemble de problèmes qu'il faut considérer dans les modalités de l'extension au milieu rural, où la capacité contributive de la famille paysanne est faible et il faut adopter des méthodes faisables avec l'appui de la solidarité nationale représentée avec fermeté par des apports suffisants du budget gouvernemental. Avec la croissance des actions et des programmes afin de contribuer au développement socioéconomique et à la croissance de la productivité de la population rurale marginale, on commence la poursuite en vue d'éliminer des systèmes de bienfaisance publique limités et anachroniques qui ont été des particularités des situations d'injustice sociale.

## Recherche pour l'extension de la sécurité sociale

L'extension dans les régions rurales établit le besoin d'entreprendre des recherches préalables par des groupes multidisciplinaires, en vue de connaître les aspects économiques, sociaux, culturels, de santé, juridiques et administratifs. Une fois identifiés les problèmes, les ressources valorisées et les priorités déterminées, on établit les méthodes d'utilisation ou construction des installations; de la dotation de l'équipement; de l'engagement, la distribution et l'entraînement du personnel nécessaire. Il faut recommander, comme on l'a déjà mentionné, de prendre en considération les membres des communautés rurales en vue de les encourager et d'obtenir sa participation active dans la réalisation des programmes envisagés afin d'élargir le champ d'application de la sécurité sociale.

Pour que les résultats soient en accord avec les objectifs prévus, il faut chercher l'efficacité des services octroyés, ainsi que la meilleure utilisation des ressources disponibles. Pourtant, en vue d'évaluer l'opération, il faut compter avec un système d'information complet, agile, et adéquat.

Ensuite, on fait mention de quelques recherches qui, dans les recommandations de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale et ses réunions techniques, ont été qualifiées comme indispensables avant de décider des allocations à octroyer et des modalités de l'administration et du financement adéquates.

- Aspects démographiques.
  - Population urbaine et rurale.
  - Structure de la population par l'âge.
  - Distribution de la population par genre des localités.
- Aspects économiques.
  - Structure du travail à la campagne.
  - Productivité agricole.
  - Consommation et productivité de la nourriture.

- Aspects éducatifs.
  - Population scolaire inscrite dans les écoles primaires.
  - Taux d'analphabétisme.
  - Patrons culturels.
  - Patrons alimentaires.
- Aspects du milieu physique.
  - Particularités du logement.
  - Disponibilité de l'eau et du drainage.
- Aspects de la santé.
  - Taux de mortalité infantile.
  - Causes principales de décès.
  - Taux de morbi-mortalité par des maladies infectieuses et parasitaires.
  - Taux de dénutrition
  - Disponibilité des ressources pour les services de santé.

L'application pratique des résultats de ces recherches rend possible trouver des méthodes d'extension pour les régions rurales sur la base des réalités trouvées, ce qui permet d'éviter l'extrapolation des indicateurs obtenus au milieu urbain national ou des autres pays d'un développement économique plus vaste et avec des particularités socioculturelles différentes.

## **STRATEGIES POUR L'OCTROI DES ALLOCATIONS A LA POPULATION RURALE**

Pour l'évaluation des situations courantes et d'autres situations qui sont d'une condition spécifique et qu'il faut considérer dans la poursuite de l'extension de la sécurité sociale à la population marginale dans les régions rurales, la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale et sa Commission Américaine Médicale et Sociale, ont identifié les suivantes comme essentielles:

- Dispersion de la population.

- Moyens de communication déficients et l'accessibilité compliquée.
- Systèmes de l'organisation agricole traditionnels d'une productivité économique faible.
- Taux élevés d'analphabétisme.
- Taux élevés de morbi-mortalité et conditions négatives dans le champ de la santé.
- Coordination débutante entre les institutions responsables de la santé, étant un élément qui cause:
  - Des problèmes dans la construction, le fonctionnement et l'utilisation des installations pour les services de santé.
  - Complexité administrative et des coûts d'opération élevés.
  - Conditions adverses de l'entraînement et l'engagement du personnel médical, para médical et assistant.

L'analyse globale et l'interrélation des circonstances mentionnées, font obligatoire le développement des stratégies avec une projection de l'extension graduelle en quantité, en temps et en espace. Quantité relative au montant des allocations et à l'établissement des programmes immédiats et médiats en fonction du temps et de la couverture territoriale progressive.

La dispersion de la population, ostensible par le chiffre élevé des localités avec peu d'habitants, exige l'élaboration des indicateurs afin de qualifier à l'échelle nationale, l'ensemble des communautés, en vue de déterminer son élection possible ou l'élimination temporaire dans les projets de l'extension. Par ailleurs, pour la sélection des régions il faut considérer des éléments déterminants de la potentialité économique comme suit: les terrains et leur culture, les produits agricoles, le coût de la production des biens primaires obtenus et la force du travail appliquée, le degré de la mécanisation, et l'utilisation des engrais, ainsi que du marché.

Le bas niveau de vie, l'absence ou le fonctionnement rudimentaire des services publics, les problèmes de la possession de la terre et les problèmes de la production agricole, représentent les champs de l'action intégrale concernant les décisions politiques générales du Gouvernement, dont les institutions de sécurité sociale doivent participer en accord avec les prévisions des projets nationaux de développement. Le méthode de participation des assurances sociales est souvent établie par des accords de la coordination et de l'intégration, qui ont comme but la somme des efforts et des ressources dans une tâche commune de même que, la mise en oeuvre des principes de solidarité.

L'extension des allocations de la sécurité sociale dans les régions rurales, doit se baser sur des techniques et des méthodes d'opération adaptées à la population destinée, afin d'octroyer des allocations qui vont résoudre les besoins les plus urgents de la famille paysanne, de telle manière qu'il soit possible d'établir des modalités de cotisations différentes aux cotisations apportées par les travailleurs salariés urbains. Comme un exemple illustrant, il faut consulter L'EXPERIENCE DE L'INSTITUT MEXICAINE DE SECURITE SOCIALE DANS L'EXTENSION DES SERVICES MEDICAUX AUX SECTEURS MARGINAUX RURAUX ET LE SYSTEME D'ESTIMATION DU TRAVAIL COMMUNAUTAIRE<sup>8</sup>, classifiée dans des journées annuelles, étant une formalité qui remplace les cotisations en argent qui permet que la famille paysanne acquière le droit aux services des unités médicales rurales.

### **Modalités de la Mise en Oeuvre**

Comme une conclusion générale, on peut identifier les possibilités de solution suivantes pour l'élargissement de la sécurité sociale aux groupes marginaux ruraux:

- Attendre son développement économique.
- Augmenter les ressources des schèmes sanitaires d'assistance.
- Elargir le champ d'application de la sécurité sociale.

La politique adoptée par quelques pays qui est d'un intérêt particulier dans cette monographie, a été l'élargissement du champ d'application de la sécurité sociale et l'accroissement des ressources sanitaires. Pourtant, il faut structurer des bases solides qui permettent fonder cette décision sans affecter l'équilibre financier, que dans son altération, peut conduire au détriment des buts essentiels de la sécurité sociale. Par conséquent, pour le fonctionnement des programmes de protection sociale aux groupes marginaux des régions rurales, les gouvernements, par l'application des principes de solidarité nationale, doivent assumer une charge budgétaire plus grande dans les champs de l'investissement et du coût opérant des allocations et des services.

On dit souvent que l'assurance sociale était projetée pour la protection des travailleurs salariés. Après quelques ans — avec l'expérience acquise et afin d'accomplir le postulat d'aider le développement économique et le progrès social — elle est éloignée de cette conception initiale en vue de donner protection à tous les membres de la société, attitude qui a été motivée par des recommandations des organismes internationaux et par l'application des décisions politiques au niveau national, qui sont sans doute le facteur déterminant.

La population rurale dans de nombreux pays de l'Amérique Latine, représente un pourcentage élevé étant une importante source génératrice de ressources agricoles. Pour cette raison, la protection sociale des régions rurales est un souci qui occasionne des nouvelles dispositions juridiques et administratives qui ont apporté des modalités spéciales aux systèmes de couverture des assurances sociales. Par conséquent, pendant les dernières années on peut observer des avances d'une certaine importance pour l'accomplissement du principe d'universalité par l'incorporation des groupes importants de la population paysanne.

### **Action communautaire pour la planification des programmes de base de santé dans les régions rurales**

Afin d'octroyer des allocations à la population rurale contenues dans les accords juridiques et administratifs, quelques institu-



tions de sécurité sociale font prioritaires les stratégies d'élargissement, par l'établissement des Programmes Basiques de Santé. En vue d'accomplir ces programmes et leurs actions, on a considéré comme une formalité, la participation active de la communauté, qui a la dimension d'un processus social caractérisé par une série d'activités des groupes organisés de la population, en vue d'aider à résoudre les besoins économiques, sociaux et sanitaires.

Par conséquent, on pourrait définir l'action communale comme: l'ensemble des méthodes, des techniques de recherche, et de promotion sociales, qui permettent d'identifier les problèmes et les besoins des groupes de la population, afin de définir les alternatives de solution et d'atteindre la participation active, consciente et organisée, dans les activités du travail communautaire.

Avec la participation active de la communauté, on cherche à atteindre les buts suivants:

- Développer les programmes de base de santé, tant au niveau interinstitutionnel qu'au niveau du foyer, du travail, de l'école et de la communauté en général.
- Atteindre la motivation, la responsabilité, et l'organisation de la communauté en vue d'avoir sa participation active dans le développement des programmes basiques de santé.
- Encourager la population dans le sens de la solidarité et de la responsabilité collectives, en ce qui concerne sa santé et l'amélioration de ses conditions de vie.
- Encourager les habitants des régions rurales en vue d'atteindre le niveau de développement économique nécessaire afin de devenir des sujets de la couverture de l'assurance des allocations traditionnelles des assurances sociales.

On peut conclure par les conditions identifiées dans les régions rurales, que les conditions requises essentielles pour cette modalité des programmes basiques de la santé, sont les suivantes: la

sélection de localités; les études socioéconomiques; l'information sur la structure familiale; la promotion rationnelle des oeuvres et des services; et la participation communale dans les actions destinées à améliorer les aspects sanitaires du milieu et de la santé de la population paysanne.

Dans quelques pays de l'Amérique Latine, il est évident que les programmes basiques de santé dans les régions rurales appuyés par la structure juridique et administrative des assurances sociales, en plus d'octroyer des services de l'attention médicale avec efficience, ont contribué à transformer l'environnement afin d'obtenir des conditions favorables de bien-être, des résultats qu'on peut apprécier comme suit: dans la disposition sanitaire des ordures et dans l'élimination du faune nocif.

L'information et la diffusion des résultats des réussites obtenues est l'attitude effective qui favorise les changements positifs du comportement de la communauté et des ressources humaines qui réalisent des activités sanitaires, éléments qui dans leurs actions conjointes, représentent un facteur déterminant qui contribue à élever les conditions de bien-être et de santé de la population rurale.

## **PERSPECTIVES DANS LE CHAMP D'APPLICATION DE LA SECURITE SOCIALE A LA POPULATION RURALE**

Quand on cherche à introduire des nouvelles stratégies afin d'élargir le champ d'application de la sécurité sociale aux secteurs marginaux des régions rurales, on a besoin des décisions politiques basées sur des normes juridiques et administratives. Ces modifications seront faisables et plus effectives si l'on fait appel à la solidarité nationale, comme un principe de sustentation: ressource humaniste qui permet d'aborder avec un certain optimisme l'avenir de la sécurité sociale devant l'actuelle situation de crise économique.

Dans la publication récente du Bureau International du Travail sous le titre **LA SECURITE SOCIALE DANS LA PERSPECTIVE DE L'ANNEE 2000<sup>9</sup>**, le Directeur Général, Monsieur Francis

Blanchard pose la question suivante: "¿Nous trouvons-nous en voie de transférer les systèmes actuels afin de tenir compte des nouvelles réalités?, de même que, ¿Quelles orientations doit-on suivre?. Monsieur Blanchard trouve une réponse juste dans une autre question, et il souligne: ¿Le moment n'est pas arrivé en vue de se mettre à l'oeuvre et d'ordonner dans un ensemble cohérent les buts et les moyens de la sécurité sociale de l'avenir avec le respect dû des réalités culturelles, économiques et sociales de chaque pays?";

Ces réflexions — provenant d'un rapport présenté par un groupe d'experts désignés en vue de réaliser une analyse générale du progrès atteint et l'évolution possible de la sécurité sociale aux pays industrialisés à la fin du XXe siècle—, sont en accord avec les opinions des dirigeants et des experts de la sécurité sociale de l'Amérique Latine, qui font des recommandations concernant le champ d'application de la population marginale: les nouvelles stratégies doivent s'éloigner de la conception traditionnelle des systèmes sociaux et s'adapter aux particularités des structures économiques et sociales de chaque pays.

Le rapport du Secrétariat Général, à la fin d'un chapitre concernant le sujet difficile de signaler les perspectives pour l'élargissement du champ d'application de la sécurité sociale à la population rurale, adopte une conduite qui est en accord avec les concepts des questions simples et d'un ton magistral de Monsieur Blanchard. L'accord est explicable car, en analysant les inquiétudes actuelles, on fait l'identification des situations préoccupantes pour l'avenir, comme suit: les problèmes économiques qui caractérisent la conjoncture actuelle; l'accoissement impressionnant du coût des services médicaux; le déséquilibre financier des assurances sociales; et les réalités angoissantes dans les champs sociaux, de l'éducation, de la santé, et de la démographie. Tous, des éléments qui dans l'évaluation sont des détecteurs de l'urgent besoin de transformer les systèmes et d'ordonner les objectifs afin de faire possible la réalisation de modèles des stratégies futures de la sécurité sociale, en accord avec les réalités de chaque pays.

Dans la conviction que, se référer aux changements de la doctrine et la pratique de la sécurité social à chaque pays, exige la formalité primaire de l'expérience acquise de l'administration complétée par la connaissance sur la situation économique et sociale; on a considéré raisonnable la terminaison de ce document avec quelques considérations finales qui accueillent les concepts émanés de la participation des experts et des dirigeants des institutions nationales dans diverses réunions de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale. Les concepts, toujours changeants, recevront l'élan des dernières expériences nationales au niveau mondial; qui seront certainement, l'apport le plus valable à la Table Ronde sur l'Extension de la Protection Sociale aux Groupes Marginaux des Régions Rurales.

## CONSIDERATIONS FINALES

- Il y a le consentement qui remarque que la politique de la sécurité sociale dépend des particularités du développement social et économique à chaque pays, qui permettent et contrôlent l'élargissement du champ d'application des allocations et des services aux différents secteurs de la population. Un résultat positif a été l'incorporation des assurances sociales à la planification et à ses programmes de différents secteurs.
- Evidemment, les assurances sociales sont devenues des moyens efficaces pour la solution des problèmes économiques, sociaux et de santé de quelques secteurs de la population; mais elles ont affronté des facteurs adverses qui ont limité l'élargissement horizontal, ce qui fait que des nombreux groupes au milieu urbain et surtout, au milieu rural, restent encore sans protection.

La nouvelle tendance de la sécurité sociale en Amérique Latine envisage avec souci, la présence croissante des secteurs d'un marginalisme socio-économique profond et d'une capacité contributive presque nulle; situation qui fait obligatoire la réorientation des politiques de solidarité sociales et de financement, en vue d'accélérer des actions qui puissent permettre la protection sociale à ces groupes.

- Il faut recommander des actions législatives afin de modifier ou de promulguer des nouvelles lois en vue de disposer du cadre juridique indispensable pour la sélection d'alternatives pour l'extension de la sécurité sociale et les possibles modalités de financement ainsi que les allocations, compatibles avec le développement économique et social à chaque pays.
- La promulgation des nouvelles lois ou des modifications aux existantes, on donné lieu à des nouveaux schèmes de protection qui favorisent l'extension de la sécurité sociale aux groupes de la population sans protection jusqu'à maintenant. On prévient que pour le succès de cette politique, on a besoin de la congruence dans les ordonnances en matière de la réforme agricole, des politiques agricoles, du crédit, de l'éducation et de la santé.
- L'existence des secteurs de la population marginale des bénéficiaires des assurances sociale, à cause de sa capacité économique et contributive, fait nécessaire la réorientation des postulats de l'extension ainsi que trouver des nouveaux systèmes de protection qui rendent faisable l'octroi d'un schème acceptable des allocations médicales et sociales à ces groupes.
- Dans l'adoption de cette politique, il faut surveiller l'intégrité financière des institutions et l'octroi des allocations et des services qui correspondent par droit à la population assurée par les régimes établis.
- A cause des particularités écologiques, des facteurs épidémiques et des condition sanitaires prédominantes dans les régions rurales, les allocations de la santé sont considérées comme prioritaires dans la première étape de l'élargissement de la sécurité sociale; par conséquent, il faut tirer le meilleur profit des ressources humaines et matériels de l'infrastructure nationale de la santé, par la législation et l'organisation adéquates des services médicaux.

- En reconnaissant l'importance de la participation des institutions de sécurité sociale dans les stratégies de l'élargissement de la couverture de la santé, il faut recommander l'encouragement de l'utilisation des investissements afin de renforcer les programmes de l'Attention Primaire.
- Les programmes doivent être visés à l'objectif d'octroyer à la population rurale marginale l'attention en vue d'éviter des complexités mais qui soit efficiente, dans les unités à la charge de personnel d'une formation adéquate sous la supervision médicale, afin d'octroyer des services basiques de santé à la communauté comme une formalité minime.
- La participation de la sécurité sociales dans la formation des ressources humaines, fait obligatoire la révision avec responsabilité des particularités des politiques de formation de ces ressources, en vue de les adopter aux besoins sociaux et de la santé. On reconnaît comme fort important, l'encouragement de la coordination entre l'éducation supérieure, la santé publique, et la sécurité sociale, afin de rendre propice le changement qui requière la planification et la structure des programmes d'enseignement.
- Il faut encourager la création des méthodes légales qui favorisent la participation des communautés dans l'élaboration, l'exécution, la promotion et l'évaluation des programmes de la santé à chaque région avec l'attachement aux variantes applicables à l'idiosyncrasie de chaque groupe de la population.
- Les programmes de l'élargissement de la couverture avec la participation communautaire, doivent répondre à une politique nationale de coordination ou d'intégration, quand ils soient faisables en accord avec la politique, par l'utilisation de toutes les entités engagées à des actions du secteur de la santé.
- En ce qui concerne les Consultations Techniques Régionales au sujet des Stratégies pour la Développement des Program-

mes de la Santé de la Sécurité Sociale et sa contribution dans le but SANTE POUR TOUS L'ANNEE 2000, on reconnaît que l'activité annoncée pour le mois de mars 1985 par le Département de Sécurité Sociale du Bureau International du Travail, qui a comme but la poursuite des résultats pratiques des nouvelles modalités pour le développement des programmes de la santé, permettra de trouver des nouvelles orientations pour la Stratégie de l'Attention Primaire.

- En Amérique Latine on remarque l'importance de réitérer aux organismes internationaux, la recommandation de coordonner leurs actions, de même que de faire prioritaire l'étude des éléments qui limitent l'élargissement de la sécurité sociale. On veut atteindre ce but, il faut organiser des réunions au niveau régional afin de connaître et d'évaluer par périodes, les avancements obtenus dans la protection de la population qui n'est pas encore couverte, en particulier au milieu rural.

## OUVRAGE DE REFERENCE

### 1. Principales Résolutions de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale à propòs de l'Extension de la Sécurité Sociale à la Population Rurale. 1942-1983\*

- Résolution CISS No. 9 (Santiago de Chile, 1942).  
"Elargissement de l'assurance sociale aux travailleurs de la campagne, travailleurs domestiques et travailleurs indépendents".
- Résolution CISS No. 22 (Rio de Janeiro, 1947).  
"Extension de l'sécurité sociale aux travailleurs de la campagne".
- Résolution CISS No. 42 (Mexico, 1952).  
"Extension de l'assurance sociale aux travailleurs de la campagne"
- Résolution CISS No. 46 (Mexico, 1952).  
"Incorporation des travailleurs organisés communautairement aux systèmes de sécurité sociale"
- Résolution CISS No. 53 (Mexico, 1960).  
"Déclaration de Mexico. Les principes de la sécurité sociale américaine"
- Résolution CISS No. 56 (Mexico, 1960).  
"La sécurité sociale pour le travailleurs rural"
- Résolution CISS No. 59 (Asuncion, Paraguay, 1964).  
"Techniques pour d'application de la sécurité sociale à la population rurale".

\* Voir le texte des Résolutions dans *Revista Seguridad Social*. Année XXIX. Période V. Nos. 121-122. Janvier-avril 1980



- Résolution CISS No. 66 (Panamá, 1968).  
"Extension de la sécurité sociale à la population rurale"
- Résolution CISS No. 74 (Quito, Equateur, 1971).  
"Programme coordonné pour l'extension de la sécurité sociale au secteur rural".
- Résolution CISS No. 78 (San Salvador, El Salvador, 1974).  
"Nouveaux schémas d'organisation pour étendre la sécurité sociale à d'autres secteurs de la population, surtout dans le milieu rural".
- Résolution CISS No. 85 (Mexico, 1977).  
"Prestations des systèmes de sécurité sociale dans les zones rurales".

## **2. Principales Résolutions de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale à propos des Prestations et Services Sociaux. 1942-1983\*\***

- Résolution CISS No. 5 (Santiago de Chile, 1942).  
"Extension de l'assurance sociale aux travailleurs intellectuels".
- Résolution CISS No. 19 (Rio de Janeiro, Brésil, 1947).  
"Sécurité Sociale et Services Sociaux".
- Résolution CISS No. 20 (Rio de Janeiro, Brésil, 1947).  
"Service d'emploi et assurance-chômage".
- Résolution CISS No. 26 (Rio de Janeiro, Brésil, 1947).  
"Coordination des services de l'assurance sociale avec les organisations de politique sociale de l'Etat".

\*\* Voir le texte des Résolutions dans *Revista Seguridad Social*. Année XXIX. Période V. Nos. 121-122. Janvier-avril 1980.

- Résolutions CISS No. 36 (Buenos Aires, Argentine, 1951).  
"Enseignement rural et industriel pour les bénéficiaires de la sécurité sociale".
- Résolution CISS No. 37 (Buenos Aires, Argentine, 1951).  
"Investissement d'une partie des réserves de l'assurance sociale en logements pour familles économiquement faibles".
- Résolution CISS No. 38 (Buenos Aires, Argentine, 1951).  
"Assurance-chômage et services d'emploi".
- Résolution CISS No. 43 (Mexico, 1952).  
"Prestations familiales".
- Résolution CISS no. 49 (Caracas, Venezuela, 1955).  
"Logement et sécurité sociale".
- Résolution CISS No. 50 (Caracas, Venezuela, 1955).  
"Collaboration des institutions de sécurité sociale pour résoudre le problème du logement à intérêt social".
- Résolution CISS No. 60 (Asuncion, Paraguay, 1964).  
"Les prestations en services sociaux dans les régimes de sécurité sociale".
- Résolution CISS No. 67 (Panama, 1968).  
"Extension de la sécurité sociale à certaines catégories de travailleurs: indépendants, professions libres, à domicile, domestiques et de l'industrie familiale".
- Résolution CISS No. 69 (Panama, 1968).  
"Allocations familiales en Amérique".
- Résolution CISS No. 70 (Panama, 1968).  
"Les prestations sociales dans les régimes de sécurité sociale".

- Résolution CISS No. 81 (San Salvador, El Salvador, 1974). "La protection de la jeunesse et la sécurité sociale. Les problèmes de l'emploi, du chômage, de l'invalidité et de la réhabilitation des jeunes personnes".

**3. Congrès Américains de Médecine de la Sécurité Sociale. Conclusions et recommandations sur les modalités de services de soins médicaux et prestations sociales aux groupes marginaux de la population rurale.**

- Conclusions sur le sujet: "Nouvelles expériences dans l'extension des prestations médicales de sécurité sociale aux zones et communautés rurales"

Premier Congrès Américain de Médecine de la Sécurité Sociale. Mexico, 1969.

*Revista Seguridad Social*. Année XVII. Période III. No. 56. Mars-avril 1969.

- Séminaire sur "Services sociaux des prestations médicales de la sécurité sociale".

Premier Congrès Américain de Médecine de la Sécurité Sociale. Mexico, 1969.

*Revista Seguridad Social*. Année XVIII. Période III. No. 57. Mai-Juin 1969.

- Rapport final du sujet "Schémas d'organisation pour octroyer des prestations médicales au noyau familial urbain, sous-urbain et rural".

**Quatrième Congrès Américain de Médecine de la Sécurité Sociale. Asuncion, Paraguay, 1974.**

*Revista Seguridad Social*. Année XXIII. Période III. No. 87. Septembre-octobre 1974.

- Conclusions et recommandations sur le sujet "L'extension du domaine d'application de la sécurité sociale et schémas d'organisation pour utiliser les ressources en prestations médicales".

Sixième Congrès Américain de Médecine de la Sécurité Sociale. San Jose, Costa Rica, 1978.

*Revista Seguridad Social*. Année XXVIII. Période V. Nos. 115-116. Janvier-avril 1979.

- Conclusions et recommandations sur le sujet "Extension du champ d'application des services médicaux de la sécurité sociale aux secteurs marginaux, urbains et ruraux".

Septième Congrès Américain de Médecine de la Sécurité Sociale. Mexico, D.F., 1981.

*Revista Seguridad Social*. Année XXX. Période V. Nos. 129-130. Mai-août 1981.

- Conclusions concernant le sujet "Participation des ressources humains dans les institutions de sécurité sociale et l'action communautaire dans les stratégies nationales des soins primaires de santé".

Huitième Congrès Américain de Médecine de la Sécurité Sociale. Panama, 1983.

*Revista Seguridad Social*. Année XXXII. Période V. Nos. 143-144. Septembre-décembre 1983.

#### **4. Congrès Interaméricain Juridique de la Sécurité Sociale. Acapulco, Mexique, 1975.**

Conclusions et recommandations sur le sujet "Adaptation de la législation pour établir des schémas juridiques qui favorisent l'extension de la sécurité sociale, surtout au milieu rural"

#### **5. Table Ronde Mondiale sur la Contribution des Régimes de Sécurité Sociale aux Programmes de Santé Publique; Oaxtepec, Mexique, 1969.**

Declaration de Oaxtepec.

*Revista Seguridad Social*. Année XVII. Période III. Nos. 58-59. Juillet-octobre 1969.

**6. Huitième Conférence des Etats d'Amérique membres de l'Organisation Internationale du Travail. Ottawa, 1966.**

Résolutions sur le rôle de la sécurité sociale dans le progrès social et économique des Amériques.

*Revista Seguridad Social*. Année XV. Période III. No. 41. Septembre-octobre 1966.

**7. Consultation Technique Regional sur les Stratégies pour le Développement des Programmes de Santé de la Sécurité Sociale.**

Rapport final

Mexico-Geneva 1982

Département de la Sécurité Sociale de l'OIT, Geneva.

**8. Institut Mexicain de l'Sécurité Sociale**

- L'extension du domaine d'application des services médicaux de la sécurité sociale dans les secteurs marginalisés, urbains et ruraux: le cas du Mexique.
- Exposé présenté à l'occasion du Septième Congrès Américain de Médecine de la Sécurité Sociale. Mexique 1981.
- L'extension des services médicaux de la sécurité sociale dans les secteurs marginaux ruraux.

Exposé présenté au Seminaire CPISS/CIESS sur la Rationalisation des Coûts de l'Attention Médicale. Mexique 1982.

- La solidarité sociale au Mexique: une stratégie de santé pour le développement.

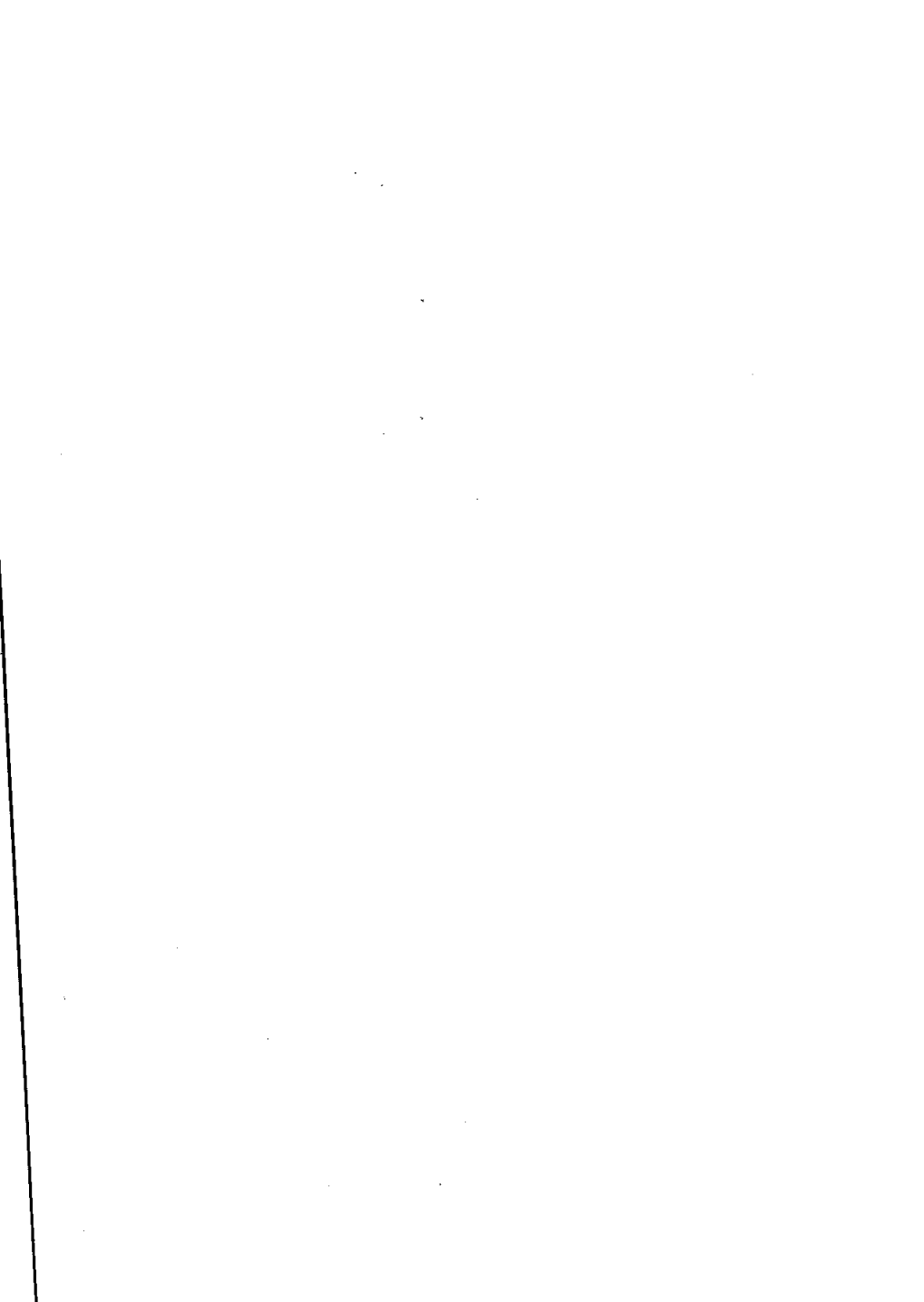
Exposé présenté à la Consultation Technique Régionale sur les Stratégies pour le Développement des Programmes de Santé de la Sécurité Sociale. Mexique 1982.

- Le personnel médical et la participation de la communauté dans les stratégies du soins primaire de la santé. L'expérience de l'IMSS.

Exposé présenté à l'occasion du Huitième Congrès Américain de Médecine de la Sécurité Sociale. Panama 1983. Revue Sécurité Sociale. Année XXXIII. Période VI. Nos 145-146. Janvier-avril 1984.

#### **9. Bureau International du Travail.**

- La Sécurité sociale dans la perspective de l'an 2000. Rapport présenté au Directeur Général du Bureau International du Travail sur la sécurité sociale des pays industrialisés face aux changements économiques et sociaux. Genève 1984.



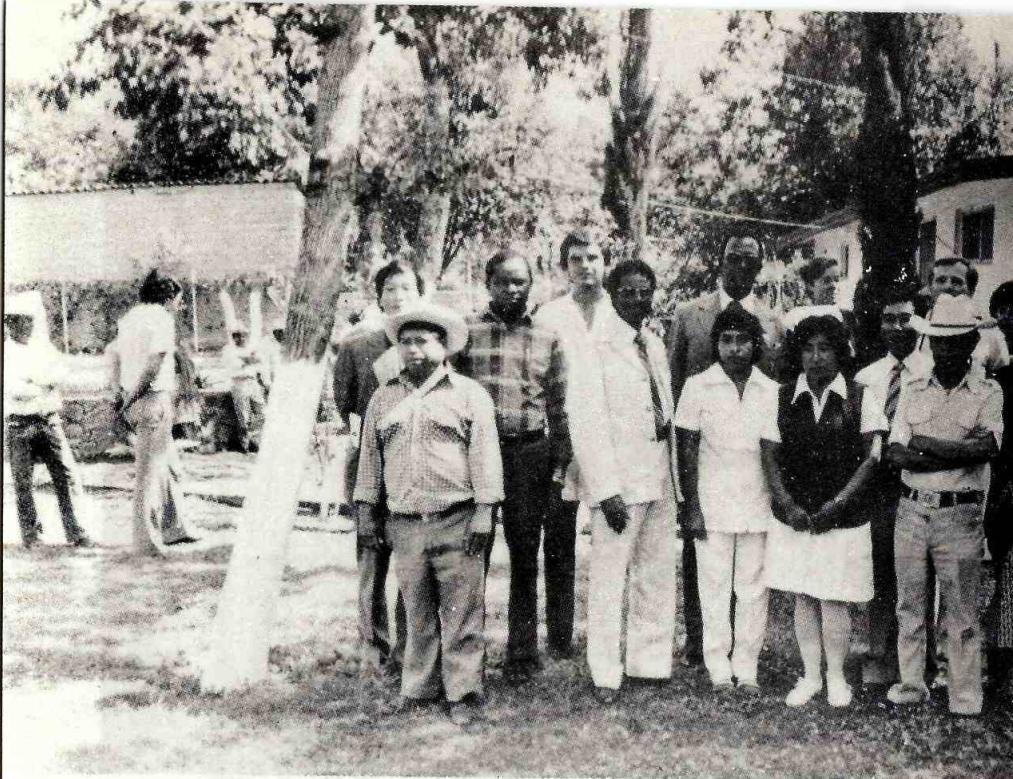
LE CIESS ET L'EXTENSION  
DE LA SECURITE SOCIALE  
AUX GROUPES MARGINAUX RURAUX\*

Emilio Rabasa Gamboa\*\*

\* Document présenté par le Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale (CIESS).

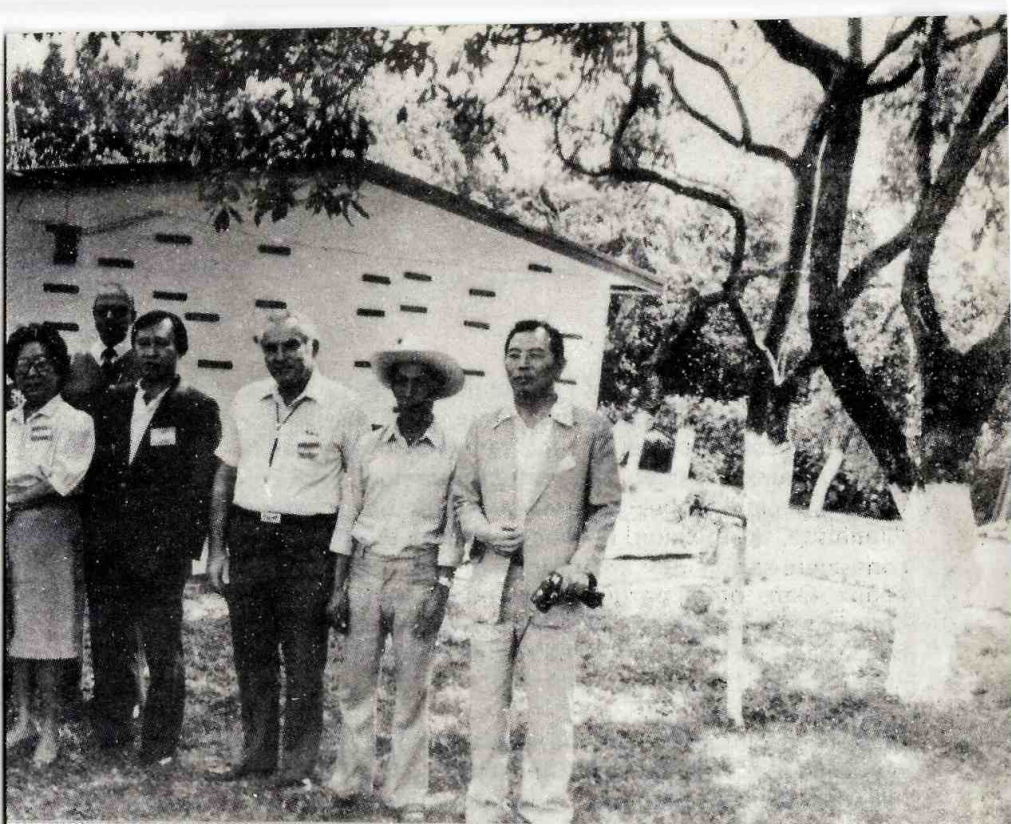
\*\* Directeur du CIESS.





Group photo of the...

The project is a...



Visite à l'Unité Médicale Rurale de Tlayacapan, Morelos.  
Représentants des différents pays, membres du Comité de Santé de la localité et personnel qui s'occupe de la clinique.

## INTRODUCTION

Les problèmes concernant l'octroi des services sociaux et de santé à la population rurale marginale, sans possibilités économiques de cotisation, étant une question posée par M. Ricardo García Sainz, Président du Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale,<sup>1</sup> nous a convoqué dans un effort solidaire de l'analyse, la réflexion, l'échange d'idées et en particulier, de la conscientisation des institutions et des organismes internationaux. Dans notre participation, nous allons essayer de contribuer à ce débat amical, du point de vue d'un centre de formation de la sécurité sociale: le Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale (CIESS).

A l'échelle internationale, le souci au sujet du développement économique, surgi après la Deuxième Guerre Mondiale, a donné lieu aux diverses théories et à la réalisation des efforts multiples en vue de le rendre propice.

Tant du point de vue théorique que du domaine pratique, les activités du développement économique ont amené à croire qu'il y avait un rapport direct et automatique, entre la croissance économique et l'amélioration des niveaux de vie de la population entière. Par conséquent, les programmes visaient à encourager l'accroissement du revenu par personne, en supposant que la prospérité économique pourrait occasionner, dans un délai raisonnable, une amélioration équivalente des conditions de vie, si non de la population entière, de la plupart de cette population. Cependant, l'expérience accumulée pendant les dernières années en Amérique Latine montre que ce rapport n'était pas direct et automatique non plus. L'expérience même des pays plus développés l'a démontré, et ils ont dû établir des modifications, puisque des importants secteurs de leur population se trouvent par-dessus de ce que les sociétés considèrent, le "niveau minime de vie".

1. *Cuestion Social* No. 7, juin-août, 1984, IMSS, México.

L'action modificatrice de l'Etat, tant aux pays développés qu'en voie de développement est nécessaire, car apparemment il n'y a pas des appareils automatiques dans les économies de marché qui visent des actions, des plans et des ressources pour la satisfaction des besoins des groupes pauvres et marginaux.

Pourtant, on peut observer que le développement économique n'est pas horizontal et égal non plus, et que les économies de marché ne résolvent pas cette inégalité par eux-mêmes.

"L'Amérique Latine a eu du succès dans l'effort d'accélérer sa croissance économique. Pendant la décennie de 1950, son produit national brut eut une croissance d'un taux moyen par an de 5.2% ce qui a signifié un accroissement du revenu par personne de 2.3% par an. Pendant la décennie suivante, ces mêmes taux atteignèrent le 5.6% et le 2.6% respectivement et, enfin, pendant la période de 1970 à 1977 les pourcentages s'élevèrent en 6.1% et 3.3%. Pourtant, la croissance économique de l'Amérique Latine n'était pas seulement satisfaisante mais elle était accélérée avec les temps et a permis que le produit national par personne soit doublé pendant la période entre 1950 et 1977.

Cependant, cette noble évolution, n'a pas rendu les fruits qu'on espérait d'elle, puisque l'élargissement de la pauvreté serait réduite, les inégalités sociales auraient une diminution et l'emploi serait éliminé. On peut voir dans l'analyse de la période de 1960 à 1970 que l'élargissement de la pauvreté était réduite seulement de 51% en 1960 à 40% en 1970, en restant sans altération le chiffre complet des pauvres en 113 millions de personnes. La distribution du revenu n'a pas subi des grands changements: la participation dans le revenu total du 20% plus pauvre était réduite de 3.1% en 1960 à 2.5% en 1970; et le 50% plus pauvre augmenta de 13.4% en 1960 à un 13.9% en 1970. Finalement, le manque d'information au sujet de la situation du travail, montre que le problème du chômage n'a pas varié pendant les ans soixantes, avec un taux de chômage ouvert de 5.8% en 1970 et une sous - utilisation totale de la main d'oeuvre équivalente à

27.4%.<sup>2</sup> L'ONU est la source de cette information statistique qui montre surtout, le déséquilibre entre le développement économique accéléré et l'amélioration des niveaux de vie de la population dans l'ensemble. Au contraire, il est évident ce "residu social" sous le nom de *marginalisme* rural ou urbain. Le négliger est inacceptable dans la politique, et dans l'économie signifie un retard ou la stagnation qui devient répréhensible du point de vue éthique.

### Concept de marginalisme

La question du marginalisme et de la pauvreté se trouvent étroitement liés, cependant, il est important de différencier leur contenu:

Du point de vue du concept, le marginalisme est considéré comme un problème politique et social qui se trouve déterminé par des facteurs économiques. Au contraire, la pauvreté concerne les aspects économiques qui sont conditionnés basiquement par le revenu par personne et la distribution du produit national brut d'un pays. Dans la mesure que les "marginaux" se trouvent à l'écart des bénéfices du développement, on peut voir que ce groupe de la population se trouve dans la pauvreté plus critique.

De cette manière le marginalisme, en général, a été classifié de trois façons: géographique, culturel et psychosocial. Certainement, il ne s'agit pas de façons uniques de marginalisme. On les trouve toujours mêlées entre-eux.

Les aspects géographiques de manque d'intégration de ces groupes concernant les régions où le développement d'une région est plus accéléré que dans l'autre, et cette région pourrait devenir une "colline interne" de la première, ce qui peut fournir une force du travail et des matières premières. Du point de vue culturel, le marginalisme concerne les normes séculaires qui ne sont pas diffusées avec la même intensité aux différents

2. PNUD. *¿Se puede superar la pobreza? Realidad y Perspectiva en América Latina*: Naciones Unidas. Santiago de Chile, 1980.

groupes sociaux. En ce qui concerne les aspects psychosociaux, ils se trouvent liés aux individus qui ont des différents moyens d'orientation de son action au milieu économique et social, (traditionnel ou familial) ainsi que politique.<sup>3</sup>

Le problème fondamental du marginalisme pourrait se référer au caractère asynchrone et inégal, avec lequel ces groupes s'incorporent à une société moderne. Dès ce point de vue, les groupes sont marginaux quand ils se trouvent dans une situation de retard, d'exclusion et dans quelques cas d'une détérioration croissante comme une conséquence directe ou indirecte du développement des autres régions.

Quand nous parlons de la participation des groupes, nous pouvons comprendre l'exercice ou l'accomplissement de son rôle dans les différents aspects de la vie nationale, dans les différents secteurs institutionnels (l'économie, la société, la politique), en accord avec les différentes positions décrites d'une façon culturelle.

### **Particularités du marginalisme**

A cette description des formes du marginalisme, il faut ajouter les particularités plus clairement montrées du problème.

Les sujets marginaux, du point de vue économique se caractérisent comme des familles qui, même en dépendant de leurs revenus en vue de satisfaire leurs besoins de base de nourriture, de santé, d'éducation, et du logement, ne peuvent pas les satisfaire, c'est-à-dire, on peut observer un grand et profond déséquilibre entre le revenu et les moyens de base.

Dans une recherche réalisée par le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement),<sup>4</sup> du point de vue économi-

3. Gino Germani. *El concepto de marginalidad*. Nueva Visión. Buenos Aires, 1973.

4. PNUD. *op. cit.*

que on juge que dans l'Amérique Latine le coût additionnel afin de couvrir les déficits existants en vue de satisfaire le besoins de base de ces groupes se trouve entre le 3.5% et le 5.5% du produit brut de la région.

Dans ce même étude, on trouve que la pauvreté et le marginalisme affectent plus profondément les foyers ruraux que les foyers urbains; contenu discutable si l'on considère la différence entre l'habitat à la campagne et la violence de l'habitat différent urbain.

Pourtant, on peut constater que l'insatisfaction des besoins de base se trouve surtout dans les groupes avec les particularités suivantes:

**a) Population marginale urbaine**

Sans moyens de production et avec une capacité d'emploi non-qualifiée, qui n'ont pas trouvé un emploi permanent dans les secteurs productifs de l'économie: chômeurs, sous-employés ou salariés éventuels urbains.

**b) Population marginale rurale**

Ce sont des groupes formés par des journaliers sans terre qui trouvent seulement un emploi pendant une partie de l'année. Des propriétaires des petites propriétés d'une productivité presque nulle. Les paysans et les indigènes des régions temporaires, qui travaillent avec des techniques traditionnelles et qu'une grande partie de son revenu est prise par des intermédiaires, et des caciques. Des artisans appauvris par la compétence industrielle.

Le régime alimentaire peut être le résultat plus évident des conséquences du marginalisme. Le régime du sujet marginal n'a pas des éléments nutritifs de base y compris des calories, pourtant les individus doivent s'adapter tant d'une façon physiologique que sociale, par la réduction de son activité et en restant dans une limite fort précaire de survivance. La consommation énergétique par personne et par jour est d'entre 1,500 et 2,100 calories, qui dépend de la région et surtout de la saison de l'année. Ce ni-

veau de consommation est inférieur aux besoins minimes de cette population, que l'on peut situer entre 2,200 et 2,300 calories, en tenant compte de la grande quantité d'enfants ainsi que du poids, de la taille et de l'activité si réduite<sup>5</sup> des adultes.

Les enfants des mères sous-alimentées sont nés avec un poids inférieur à 2.5 Kg., c'est-à-dire, 1 kilo de moins, que les enfants des familles bien alimentées au milieu urbain. La nutrition supplémentaire du milieu rural pour les enfants est inadéquate. Quand les dents des enfants commencent à percer, ils succent des galettes de maïs, une boisson à base de maïs, ou un bouillon, qui malheureusement fournissent plus de contamination que de la nutrition. Par conséquence, l'enfant rentre dans une étape caractérisée par une grande interaction entre la dénutrition et les maladies infectieuses. Ils sont affaiblis par l'alimentation insuffisante et ils tombent malades à cause des bactéries et des germes. Cette interaction entre la dénutrition et l'infection cause une haute mortalité.

Egalement grave est le fait que les survivants restent avec les lésions dans son développement physique, mental et social. Les enfants sont nés dans un milieu écologique propice à la dénutrition et à l'infection, et ainsi ils ne peuvent pas développer leurs capacités humaines entières. Ils n'atteignent pas la croissance optimale de leurs gènes et ils reçoivent les encouragements adéquats non plus, du milieu pour leur développement mental et social.

### **Situation des sujets marginaux en Amérique Latine**

En Amérique Latine le marginalisme est un phénomène récurrent, soit urbain ou rural.

Une question constante dans le problème du marginalisme a été sa localisation dans le contexte du fonctionnement des structures internes des différents pays de la région.

5. Adolfo Chávez. "Salud, Seguridad Social y Nutrición", México, Hoy. Siglo XXI. México 1984. p. 227.



Son rapport avec le procès d'industrialisation, en général, pourrait se baser sur le phénomène marginalisme rural/urbain, qui répond à une situation d'appauvrissement des régions avec une agriculture de subsistance, avec une pression croissante sur la terre, comme résultat d'un taux élevé de croissance de la population, dans le contexte d'une distribution fort inégale des ressources agricoles (de la terre, de l'eau, du crédit, etc.), de même que le manque absolu des mêmes.

D'autres éléments importants qui causent ce phénomène sont, l'introduction de l'irrigation et des technologies plus avancées, des communications et des transports, etc., qui modifient les particularités de la division du travail et qui déplacent la main d'œuvre aux villes, avec une subsistance dans des conditions précaires ayant comme résultat en même temps, le fait que des grands contingents de cette population restent à la campagne à l'état de marginalisme. Cependant, on ne peut pas oublier les conditions externes qui affectent nos économies. Le problème et sa solution, ne doivent pas se réduire à l'aspect des quantités du transfert des ressources, peut-être les aspects des quantités sont souvent les plus difficiles de capter et d'en trouver des solutions adéquates.

### **LE CENTRE INTERAMERICAIN D'ETUDES DE SECURITE SOCIALE ET LE MARGINALISME**

Pendant les dernières années, les gouvernements de l'Amérique Latine et les divers organismes internationaux, ont témoigné leur souci au sujet du problème de la pauvreté et le marginalisme. Les premiers ont exprimé sa décision de l'affronter dans leurs pays et cela peut être constaté par les ordonnances qui obligent les organismes internationaux à adopter des mesures à ce sujet. Tel est le cas du Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale.

Le Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale, des le début de ses fonctions en 1963, a accompli la responsabilité que son Statut l'assigne en vue d'actualiser et d'instruire dans le divers domaines de la sécurité sociale, les personnes qui travaillent au service de ces institutions dans le Continent Américain.

Des cours, des maîtrises, des conférences, des séminaires, des tables rondes, des recherches et des travaux pratiques de champ, ont eu lieu chaque année au siège et en dehors, en atteignant le chiffre en 1983 de 2000 événements éducatifs auxquels assistèrent environ 5000 participants de 38 pays membres de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale. Cette année seulement, et à la suite de la décentralisation du CIESS, par la réalisation des cours en dehors du siège, dans trois régions de l'Amérique Latine: Costa Rica, de l'Amérique Centrale, Sainte-Lucie, du Caraïbe, et Pérou, de l'Amérique du Sud — environ 1000 personnes recevront de la formation.

En 1983 justement, pendant les Journées de formation en la Sécurité Sociale qui ont eu lieu au Mexique, à l'occasion du XXème Anniversaire du CIESS, et devant la situation économique difficile qui traverse l'Amérique Latine qui affecte nécessairement la sécurité sociale, on a vu l'urgence de chercher des systèmes pour affronter la crise afin de sauver la formation.

Etant donné que l'entreprise d'actualiser et de former le personnel doit se comprendre à titre d'investissement productif à courte et à longue échéance, le rôle qui joue dans l'effort global d'optimiser les ressources disponibles est de la plus haute importance. Ainsi, le CIESS, organisme chargé d'une façon officielle, des tâches éducatives dans le cadres de la sécurité sociale latinoaméricaine, a dû adapter la structure et son fonctionnement à la nouvelle situation.

Monsieur Ricardo García Sáinz, Président du CIESS, a proposé un nouveau schème opérant qui devrait permettre d'affronter l'effet de la crise économique sur la formation en ce qui concerne la plus haute qualité de l'enseignement, l'utilisation optimale et la rationalisation des installations et des ressources, avec l'acroissement de l'efficacité des méthodes techniques et administratives. En vue d'atteindre cela, il a mis à la considération des pays membres, que le CIESS "sur la base de la hiérarchisation et les priorités des besoins réels des institutions", pourrait rester structuré par cinq Divisions des autres secteurs en fonction qui sont: 1) la Médecine Sociale; 2) l'Actuariat et la Planification Fi-

nancière; 3) les Etudes de l'Administration; 4) la Santé du Travail, et 5) les Facteurs de Production, les Oeuvres et les Propriétés Immobilières. Cette proposition fut approuvée par les assistants aux journées en juillet 1983 au Mexique, et ratifiée par les membres du Comité Permanent à XXVIIème Réunion qui a eu lieu en septembre 1983 à Panama, ainsi que par l'Assemblée Directive en session à Cali, Colombie, en février 1983.

Par conséquent, l'initiative de restructurer le CIESS commença immédiatement en signalant les linéaments d'un vaste plan de travail qui, initié cette année, comprend les activités suivantes: des événements d'enseignement au siège ou en dehors, des projets de recherche, des activités des communication, d'information et d'assistance technique.

Dans le plan général d'opérations, chacune des divisions mentionnées est à la charge entièrement de formuler son propre cadre conceptuel, ses buts et se objectifs, résolus finalement dans les programmes avec la responsabilité de les réaliser avec la plus grande efficacité. De cette manière, le CIESS a amélioré considérablement son rendement, tant au sujet de la quantité que de la qualité: de 470 personnes entraînées l'année dernière, comme on l'a déjà mentionné, cette année le chiffre atteint environ 1000, en doublant la quantité des pays compris dans ce système.

Le souci à cause des problèmes de santé dans les régions rurales avait déjà été manifesté au CIESS depuis quelques années, en accord avec la résolution CIESS No. 85, au sujet de la "Protection à la Population Rurale", approuvée à la XIème Assemblée Générale du CIESS, qui a eu lieu au Mexique en septembre 1977.

Parmi les considérations de la résolution mentionnée, il faut souligner ce qui concerne le sujet en question:

"Que le souci d'élargir les allocations des systèmes de sécurité sociale dans les régions rurales du Continent, a été manifesté souvent pendant les dernières quatre decennies."

“Que la protection de la santé de la population des régions rurales, étant une allocation primordiale, se trouve au début de l’élargissement des allocations au milieu rural.”

Sur la base de ces concepts, l’Assemblée fit plusieurs recommandations — 7 au total — dont les deux dernières se trouvent dans le cadre de responsabilité du CIESS. Elles soulignent... “d’atteindre le plus haut développement des ressources existant...” ainsi que... “les ressources pour la santé devront être augmentées dans la mesure nécessaire afin d’avancer dans la réussite d’une des aspirations de notre Continent: la généralisation de la sécurité sociale avec une importance spéciale pour la population rurale”.

Les ressources pour la santé mentionnées par la recommandation d’une façon générique, a l’inclusion, sans doute, des ressources humaines qui sont les plus valables et dignes d’attention. Et l’accroissement de l’efficacité de telles ressources au milieu rural est précisément un des objectifs principaux du CIESS. En vue de l’accomplir, il a commencé par l’organisation au siège même, en février 1977 et avec l’appui de l’OEA, d’un séminaire au sujet de la “Protection Sociale à la Population Rurale”.

Les problèmes existants dans le Continent Américain à ce sujet, ont été analysés par les représentants des 7 pays (Cuba, République Dominicaine, El Salvador, Mexique, Nicaragua, Panama et Uruguay), lesquels ont souligné des solutions et des recommandations à cet égard.

De cette manière, les ordonnances du CIESS qu’il fallait suivre, étaient signalées en vue de former le personnel des institutions de sécurité sociale destiné au milieu rural par des cours annuels interaméricains.

A ce sujet, les cours suivants ont été donnés au CIESS: “Protection Sociale à la Population Rurale (1981 et 1982); “Modalités dans l’Extension des Programmes de Santé de la Sécurité Sociale et sa Coordination avec les Programmes du Développement (1983) et, enfin, “Modalités de l’Attention à la Santé au Milieu Rural” (1984).

On a réalisé ces cours régulièrement au bénéfice de 114 représentantes de 14 pays de l'Amérique Latine: Bolivie, Costa Rica, République Dominicaine, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicaragua, Panama, Pérou et Uruguay. Pendant 5 semaines, son plan d'études comprend: l'information au sujet du milieu rural latino-américain, une révision générale des éléments qui forment le système administratif, des travaux pratiques de champ et, l'analyse de quelques modèles et programmes de protection sociale qui sont appliquées au milieu rural.

En ce qui concerne l'aspect informatif et, étant donné que le milieu rural a des particularités propres qui le distinguent des autres milieux, des sujets concernant l'écologie, l'économie, la culture et les organisations des sociétés paysannes, sont traités.

D'une façon réaliste, on prend l'analyse intégral des conditions qui existent au milieu rural comme un point de référence en vue de planifier les services de santé et sa répercussion dans le bien-être social de la communauté. De cette manière, les élèves sont formés, afin de pouvoir reconnaître et évaluer, tant les besoins de santé de la population, que l'ensemble des éléments qui ont d'influence et sur lesquels on peut appliquer des mesures correctives.

En ce qui concerne les sciences de l'administration, les cours font l'inclusion d'une unité didactique, au sujet des principes généraux du système administratif et des modalités concernant les régions rurales, en accord avec les programmes susceptibles d'application et d'évaluation.

Nous avons donné d'importance particulière aux efforts visant à atteindre que le personnel de la santé adopte une attitude ouverte à la participation si importante de la communauté, sans l'assistance de laquelle, quelconque programme entrepris sera condamné fatalement à l'échec. Ceux qui ont de l'expérience dans les programmes de la santé rurale, savent surtout que l'obtention de la coopération franche et décidée des habitants de ces régions, implique la confrontation détaillée des divers patrons culturels, vaincre des résistances tenaces et édifier, enfin, la complexité

des relations humaines, étant une condition indispensable pour le succès. Ainsi, nous voulons introduire des changements importants dans l'attitude afin d'atteindre que le personnel de la santé et de la sécurité sociale, sujet de formation, puisse fortifier sa volonté de service et soit respectueux au sujet des idées et des initiatives provenant de la communauté, en évitant tant les faux mirages des technologies compliquées, coûteuses et socialement improductives comme la seule solution aux problèmes de la santé, que la surévaluation professionnelle de la médecine du premier niveau, au détriment de l'attention primaire de la santé, ou bien la surexaltation de la médecine curative concernant la préventive. Laver le sol ou introduire la pratique de la consommation de l'eau potable est plus simple, plus bon marché, et plus effectif que les médicaments ou les drogues.

Ces buts sont atteints, surtout, grâce aux travaux pratiques de champ y compris d'une façon systématique dans nos cours, dont les programmes font référence aux plusieurs modèles de l'attention à la santé qui sont appliqués au milieu rural latino-américain. Premièrement, le programme IMSS-COPLAMAR, solidement structuré et considérablement diffusé par le territoire national entier, et de moindre visée les programmes concernant les états de Mexico et Sinaloa. En même temps, le modèle cubain de l'attention à la santé rurale à travers des polycliniques est analysé en comparaison avec ces modèles régionaux.

En considérant les différentes façons d'envisager le problème et rendre propice le libre échange des idées parmi les assistants aux cours, on a l'occasion de choisir le schéma le plus approprié à chaque situation particulière.

Etant donné que ces modèles d'attention à la santé rurale sont différents dans la stratégie, tant la doctrine de base que les objectifs sont essentiellement les mêmes. Ils commencent par reconnaître les urgents besoins sanitaires, économiques et sociaux de la population rurale, claire épreuve du retard où se trouvent en comparaison avec la population urbaine. Ensuite, ils acceptent que cette situation d'inégalité a des résultats nuisibles à l'échelle nationale, surtout aux pays de l'Amérique Latine, dont

l'économie est basée considérablement, sur les produits de la terre qui sont de base comme dans tous les pays, même si le taux de développement est avancé.

On peut ajouter aux considérations suivantes, le point de vue partagé par tous aujourd'hui, que la santé et le bien-être social sont joints comme un élément inséparable. De même que la santé et la sécurité sociale sont des conditions de développement, d'intégration sociale et d'organisation communautaire, étant un instrument de changement social.

## CONCLUSIONS

L'information insuffisante de confiance et objective, est un indicateur de manque de conscience qu'il y a en général, au sujet du problème du marginalisme et ses effets économiques, politiques, sociaux, et culturels. A ce sujet, les organismes internationaux pouvons et devons réaliser des actions plus effectives, décidées et audacieuses de diffusion des idées, des expériences et des politiques provenant des divers pays membres. Des réunions internationales comme celle-ci, des études, des travaux conjoints et l'édition et publication respectives des résultats, sont des efforts fondamentaux à ce sujet et par conséquence ils méritent se multiplier dans d'autres institutions et régions.

L'AISS étant un organisme mondial de la sécurité sociale, est l'organisation appropriée tant pour la diffusion des expériences dans le domaine de la sécurité sociale et rurale, que pour l'échange des solutions dans les divers pays que l'expérience les a considérés comme effectives. Pourtant, nous voulons demander l'AISS, d'une façon respectueuse, la possibilité d'inclure l'ordre du jour qu'on a traité ici, y compris les conclusions et les recommandations obtenues à cette Table Ronde et à l'Assemblée Générale qui aura lieu à Canada en 1986. La même suggestion est faite au CPISS pour l'Assemblée prochaine. Dans le cas d'acceptation de cette proposition, le CIESS offre s'incorporer au groupe d'étude *ad hoc*, en vue de préparer le document respectif pour la réunion de l'AISS à Canada.

La formation dans les programmes de l'extension de la sécurité sociale aux régions rurales, est une formalité indispensable en vue d'atteindre ce but. A ce sujet, le CIESS met à la disposition des institutions membres intéressées, l'information concernant le cours et séminaires sur les Modalités de l'Attention à la Santé au Milieu Rural. En même temps, on demande avec respect l'information relative aux modèles qui sont établis dans d'autres pays, afin d'enrichir ses propres projets et programmes.

Du point de vue conceptuel ou doctrinaire, il faut établir la planification profonde des points de vue traditionnels, qui limitent de quelque façon l'extension de la sécurité sociale, soit à cause de sa dépendance de la même, de la contribution ou cotisation du groupe bénéficiaire, c'est-à-dire, d'un rapport formel de travail ou bien, à cause de ne pas surmonter l'idée que la sécurité sociale est la conséquence ou le résultat de l'organisation sociale, n'étant pas le contraire. C'est-à-dire, la sécurité sociale comprise comme la solidarité sociale peut être la cause ou l'instrument de transformation sociale d'une meilleure organisation communautaire. Ce nouveau concept nous fait conclure, qu'il est possible octroyer la protection sociale aux groupes sans capacité économique contributive. A ce sujet, on n'a pas besoin seulement des ressources provenant des autres sources mais surtout, des schémas adéquats d'organisation, combinaison et mobilisation des ressources de divers genres. Pas conséquence, il ne s'agit seulement d'un problème de manque de ressources mais surtout, d'une liaison différente et imaginative des mêmes, dans la recherche d'un modèle qui doit avoir et exiger comme une demande minime la simplicité, le coût bas et l'extension horizontale maximale. La sophistication, les coûts élevés, la complexité et la verticalité sont des termes opposés à cet schème.

En même temps, s'il est vrai que cette réunion, dès la façon de poser ses objectifs, est concentrée dans le problème du marginalisme rural, on ne peut pas oublier la question que dans quelques pays est peut-être plus dramatique et violent, du point de vue social *du marginalisme urbain*.

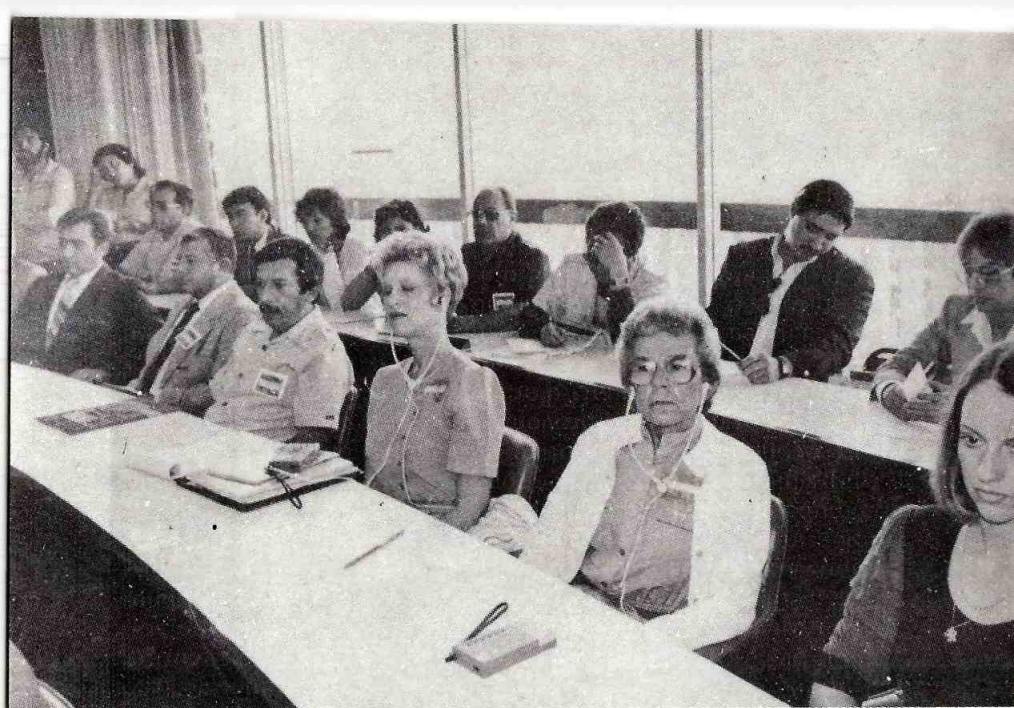
Concrètement et à titre d'exemple, en ce qui concerne le Continent Américain, nous pensons aux endroits appelés "villas



miseria" de l'Argentine, les "callampas" du Chili, les "favelas" du Brésil, "los tugurios" de Pérou et Le Salvador, "las barriadas" de Venezuela ou "las ciudades perdidas" et "cinturones de miseria" du Mexique.

A ce sujet nous voulons proposer aux institutions membres et aux autres organisations présentes, la réalisation d'un événement similaire à celui, en vue d'analyser le problème de la sécurité sociale des groupes marginaux urbains, et les modalités de son élargissement et de sa couverture, avant la XXIIème Assemblée Générale de l'AISS qui aura lieu en 1986.

**MODELE DE L'ATTENTION INTEGRALE A  
LA SANTE DU PROGRAMME DE  
SOLIDARITE SOCIALE PAR COOPERATION  
COMMUNAUTAIRE IMSS-COPLAMAR**



Membres des délégations du Mexique, des Etas Unis et du Honduras.

COORDINATION GENERALE DU  
PROGRAMME DE SOLIDARITE SOCIALE  
PAR COOPERATION COMMUNAUTAIRE



## INTRODUCTION

Il est évident que le développement des Services de Solidarité Sociale octroyés par l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale à la population rurale marginale, a été enrichi dans la façon et le contenu pendant les dix dernières années, grâce à l'expérience obtenue par l'opération même et au rôle prépondérant que ces services ont joué comme instrument de la politique sociale d'un régime profondément engagé avec la réussite d'une société plus juste et, par ce fait, plus égalitaire.

Le Programme de Solidarité Sociale fait son apparition comme une partie du développement vigoureux de la Sécurité Sociale mexicaine, dont une grande partie de son organisation et ses procédés gardent des analogies avec ceux qui sont institués par l'opération du régime obligatoire de l'assurance sociale. Malgré ces analogies, le concept philosophique de la solidarité sociale — toujours en vigueur, et additionné des nouvelles stratégies et des nouveaux concepts en ce qui concerne l'attention intégrale de la santé plus que la seule limitation du dommage — a réorienté considérablement le modèle de l'attention qu'on cherche à appliquer, modèle qui enferme la médecine d'assistance avec une visée préventive et intégrale qu'à partir du diagnostic de santé communautaire, fait l'identification des problèmes, des causes et des solutions, en les rassemblant dans un plan de santé duquel se dégage un programme d'activités.

Dans la méthode entière décrite auparavant, la communauté est insérée pas seulement en fonction d'une ordonnance légale mais comme une partie essentielle de la stratégie à suivre en vue de faire de la population assumer sa propre responsabilité de soigner sa santé par le développement des activités simples mais pas moins importantes pour l'amélioration de la santé individuelle et collective.

Il faudrait ajouter à ces changements conceptuels et stratégiques, les changements contenus dans la nouvelle Loi Générale de la Santé, qui offre un cadre juridique inévitable pour les effets applicables du programme.

A cause de l'antérieur, la Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR a considéré nécessaire l'émission de ce document dont le but essentiel est de faire connaître les bases juridiques et conceptuelles du modèle de l'attention intégrale de la santé, de même que la description des aspects importants qui font applicable ce modèle dans l'environnement du système de décentralisation auquel sont attachés les Services de Solidarité Sociale octroyés par l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale par le Programme IMSS-COPLAMAR.

## ANTECEDENTS

Le Congrès Constituant fut fort visionnaire en 1917 avec l'inclusion dans notre Constitution des garanties sociales, en particulier, les dispositions contenues dans l'Article 123, dont la fraction XXIX établit: "On considère d'utilité sociale, l'installation des caisses d'assurance populaire d'invalidité, de vie, de chômage involontaire, des accidents et d'autres, avec des objectifs analogues, ce qui fait que tant le Gouvernement Fédéral, que celui à chaque Etat, doit encourager l'organisation des institutions de ce genre en vue de diffuser et favoriser la prévoyance sociale". Plus tard, la Révolution étant déjà consolidée et, en même temps qu'on réalisait des réformes économiques fondamentales, le 19 janvier 1943 on fit la promulgation de la Loi de Sécurité Sociale pour la création de l'Institution destinée à protéger le travailleur salarié et sa famille contre les risques de l'existence, par les contributions des travailleurs, des patrons, et de l'Etat.

Dès le début, la Sécurité Sociale au Mexique a affronté le problème de l'élargissement de ses bénéficiaires à la population entière, en particulier aux paysans qu'à cause de leur manque de moyens économiques ne participent pas dans un système de droits et de devoirs comme celui de la Sécurité Sociale. En 1954, l'organisation économique du secteur rural permit l'incorporation au Régime Obligatoire des travailleurs salariés du secteur rural, des journaliers et des propriétaires des sociétés locales du crédit journalier ou agricole dans quelques états au nord de la République. De cette façon, la couverture étant augmentée par les dispositions légales du 31 décembre 1959 et du 8 août 1960, plus tard, en décembre 1963 les producteurs de canne et leurs travailleurs s'incorporent, ainsi que les journaliers consacrés à la production de l'henequen en 1972.

Au début de la décade des années 70, on peut observer que le développement économique du pays est en train de produire un développement inégal qu'il faut équilibrer. En plus de différents systèmes de politique sociale, on approuve la nouvelle Loi de Sécurité Sociale, qui a comme but de l'institution "Garantir le droit humain à la santé, l'assistance médicale, la protection des moyens de



subsistance et les services sociaux nécessaires pour le bien-être individuel et collectif.”

La nouvelle loi établit les bases juridiques de la solidarité comme une expression d'universalisation de l'attention médicale, sans conditionner l'octroi des services à une cotisation en espèces; de cette manière, s'incorporent à l'Institution les groupes de la population que, même ayant contribué au développement du pays, restent à l'écart de ses bénéficiaires. La philosophie de la Sécurité Sociale s'enrichit avec cela et s'oriente vers la réalité sociale et économique du pays, en traduisant ses postulats philosophiques dans une politique et dans les services. La Loi de 1973 dont nous faisons référence, élargit le champ de distribution de la Sécurité Sociale, en posant les bases du système de solidarité sociale organisé d'une façon collective par la protection de la santé des groupes non-salariés et en pauvreté, conséquence d'un système de développement inégal.

En 1974, avec l'élargissement de l'attention médicale, sept hôpitaux sont construits et en opération dans la région de l'agave (ixtlera) et 310 bâtiments construits par CONASUPO (Compagnie Nationale des Subsistances Populaires) sont utilisés en vue de fonctionner comme des unités d'attention médicale du premier niveau (dans les greniers placés stratégiquement au pays et au bénéfice des groupes importants de la population).

A la fin de 1976, les services du 1er et 2ème niveau étaient déjà octroyés dans 310 cliniques et 30 hôpitaux distribués aux plusieurs états de la République pour l'attention d'une population rurale de 3 millions 80 mille habitants.

En accord avec la Loi, ce Programme — nommé de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire— reçoit jusqu'à maintenant le soutien des contributions de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale, qui correspondent au 40% du coût de l'opération ainsi que 60% apporté par le Gouvernement Fédéral.

Avec ce Programme on a commencé à satisfaire la couverture de cette population non-contribuable. En même temps, les ministres

de la Santé de la région américaine, dans leur III Réunion Spéciale qui a eu lieu en 1977, établirent comme l'objectif principal de leurs actions, l'extension de la couverture des services de santé pour la population qui n'est pas déjà couverte; 5 ans plus tard, dans leur IV Réunion Spéciale qui a eu lieu en 1977, ils ratifièrent ces objectifs et ils reconnurent l'attention primaire de la santé comme la stratégie fondamentale en vue d'atteindre la couverture totale.

En 1978 on fit la déclaration d'Alma-Ata sur l'attention primaire et deux ans plus tard, le Conseil Directif du Bureau Sanitaire Panaméricain réalisa un plan d'action au sujet de l'accord que les gouvernements de l'hémisphère prirent en vue d'atteindre le but "Santé pour tous l'année 2000."

Dans le Plan Global de Développement du Mexique 1980-1982, au sujet de la population marginale, on établit "un compromis obligatoire: d'atteindre l'incorporation au développement du pays et l'octroi d'un niveau adéquat de nourriture, de santé, de logement et d'éducation".

En considérant dans la stratégie globale du développement, la création de conditions, en vue de surmonter l'état de marginalisme d'une partie importante de la société, ainsi que la protection de la santé, on valida et renforça le concept de solidarité sociale que la doctrine mexicaine de la Sécurité Sociale avait commencé vingt ans auparavant.

En 1979 au mois de mai, dans une action de justice sociale en vue de diminuer les différences entre les groupes sociaux, protéger la population et l'intégrer au procès du développement, on signa un accord entre la Fédération et l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale pour l'octroi de l'attention médicale de plus de 10 millions d'habitants dans les régions rurales marginales. Le financement de l'investissement et de l'opération de ce Programme sur la base de la même philosophie et des principes du Programme National de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire, à présent nommé IMSS-COPLAMAR, est entièrement fourni par le gouvernement fédéral avec des fonds fiscaux.

Les bases pour assigner l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale cette responsabilité, sont considérées après l'expérience de 40 ans, l'efficacité montrée dans l'attention de la population productive assurée, ainsi que l'expérience de cinq ans du Programme de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire, et d'une façon particulière, l'infrastructure administrative et technique de l'Institut même.

L'Institut Mexicain de Sécurité Sociale fit la construction dans un délai de trois ans (1979-1981), de 2 715 unités médicales rurales et 30 hôpitaux ruraux; en plus de 310 unités médicales rurales et 30 hôpitaux ruraux; en plus de 310 unités médicales et 30 Hôpitaux Ruraux "S", qui opéraient déjà depuis 1975 avec un total de 3 025 Unités Médicales Rurales et 60 Hôpitaux, pour l'octroi de l'attention aux 8 millions d'habitants.

Le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire d'une institution spécialisée (COPLAMAR) s'engage à la promotion des travaux communautaire avec l'appui des bureaux fédéraux et étatiques en matière de programmation, de contribution des matériaux, de financement, etc., ainsi que la mise au point des accords pour l'octroi de services aux communautés et le crédit auprès de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale, de la participation de la population aux oeuvres sanitaires du milieu et au bénéfice de la communauté par des journées de travail ou des actions qui visent à améliorer la santé comme une contribution apportée par les familles en vue d'acquérir l'attention médicale dans les unités médicales.

Le 20 avril 1983, le gouvernement fédéral émet un décret par lequel, après la disparition de COPLAMAR, l'Institut assume totalement la responsabilité du Programme, qui implique l'organisation de la participation communautaire sur la base de la Loi de Sécurité Sociale, c'est-à-dire, la contre-allocation des services reçus, en prêtant d'attention particulière aux activités qui ont influence directe sur l'état de la santé de la population et sur l'amélioration du milieu familial et communautaire.

Le 30 mai 1983, on fait connaître le Plan National de Développement 1983-1988, par lequel on établit le but d'améliorer le niveau

de la santé de la population, en particulier, des secteurs ruraux et urbains qui sont en arrière, c'est pour cela que la réorganisation et la modernisation de services envisagent le soin individuel de la santé et la promotion des conditions d'amélioration du niveau de la santé individuelle et communautaire par des actions éducatives et d'assainissement.

En accord avec le projet de modernisation de l'administration publique, le 8 mars 1984 on décide par décret la décentralisation des services de la santé de la population ouverte dans laquelle est remarquable la création des instruments d'harmonisation sociale comme le Comité d'Opération IMSS-COPLAMAR au niveau national et les Conseils Etatiques de Surveillance lesquels, ayant des attributions des gouvernements étatiques font la coordination, la surveillance et l'appui du Programme de décentralisation, en surveillant la qualité des services et encourageant l'élargissement de sa couverture.

Depuis le 1er juillet 1984 entre en vigueur la Loi Générale de la Santé, base juridique du modèle de l'attention intégrale qui poursuit le Programme IMSS-COPLAMAR.

## **BASES JURIDIQUES**

Le modèle de l'attention intégrale de la santé qui propose le Programme IMSS-COPLAMAR contient le cadre juridique dans la Loi de la Sécurité Sociale même, dont le chapitre concernant la solidarité sociale signale le postulat philosophique de dépasser la protection étroite des assurances sociales classiques en vue d'octroyer les bénéfices obtenus du développement de la Sécurité Sociales aux groupes moins protégés par le développement inégale et qui ne comptent pas avec des moyens contributifs pour payer leur assurance.

Cette action solidaire qui était projetée en 1973 atteint le rang de droit constitutionnel avec la promulgation de la Loi Générale de la Santé de 7 février 1984 par le Congrès de l'Union, avec l'établissement du droit à la protection de la santé pour toute

personne aux termes de la dernière modification du 4ème article de la Constitution Politique des Etats Unis Mexicains.

Nombreux et variés sont les buts de cette nouvelle loi qui prennent effet depuis le 1er juillet 1984, mais dans les termes d'application de ce modèle de l'attention on peut souligner les aspects suivants:

1. On conçoit l'attention dans un système national de santé (5ème article).
2. Les buts les plus importants de ce système (6ème article) sont:
  - a) L'octroi des services de santé à la population entière et l'amélioration de la qualité des mêmes, on s'occupant des problèmes prioritaires et des facteurs qui conditionnent ou sont nuisibles pour la santé, avec un intérêt spécial des actions de prévoyance.
  - b) L'appui et l'amélioration des conditions de l'assainissement du milieu qui facilitent le développement satisfaisant de la vie.
  - c) Aider à modifier les patrons culturels qui déterminent des habitudes, des coutumes et des attitudes concernant la santé et l'usage des services octroyés pour sa protection.
  - d) Contribuer au développement démographique harmonieux du pays.
  - e) Stimuler un système rationnel d'administration et développement des ressources humains en vue d'améliorer la santé.
3. La Loi Générale de la Santé détermine en même temps, les services principaux (27ème article) en vue d'exercer le droit à la protection de la santé, la plupart desquels ont été octro-

yés par le Programme IMSS-COPLAMAR, à l'exception de ceux qui ont eu peu de signification à cause de la pathologie prédominante et des problèmes spécifiques qui affectent l'attention de la population rurale marginale.

On peut signaler entre eux, l'assistante sociale octroyée par une autre institution du secteur, la santé mentale non-identifiée comme prioritaire en vue de la subsistance écrasante d'autres maladies et la réhabilitation qu'à cause de son niveau de spécialisation, coût et difficulté opérative au milieu rural ne signifie pas une action importante de l'IMSS-COPLAMAR. Par contre, les services de base définis par la loi, où le modèle de l'attention est encadré clairement, sont:

- a) L'éducation sur la santé, la promotion de l'assainissement basique et l'amélioration des conditions sanitaires de l'environnement.
  - b) La prévoyance et le contrôle des maladies contagieuses d'attention prioritaire, des maladies non-contagieuses plus fréquentes et des accidents.
  - c) L'attention médicale, qui comprend des activités préventives, curatives et de réhabilitation, y compris des urgences (à l'exception mentionnée auparavant).
  - d) L'attention maternelle-infantile.
  - e) La planification familiale.
  - f) La prévoyance et le contrôle des maladies dentaires.
  - g) La promotion de l'amélioration de la nutrition.
  - h) La disponibilité de médicaments et d'autres ressources essentielles pour la santé.
4. Le modèle d'attention intégrale de la santé préservé par l'IMSS-COPLAMAR considère la participation de la commu-

nauté d'une façon consciente et engagée avec la solution de leurs problèmes de santé, bien qu'il est vrai que le concept de solidarité sociale exprimé dans la Loi de Sécurité Sociale établit la participation des bénéficiaires de ces services, la nouvelle Loi Générale de Santé remarque dans son article 58 la façon de participer de la communauté dans les services de santé. Par l'antérieur, c'est important de signaler les sept actions de base remarquées par la loi, en ce qui concerne la participation de la communauté.

- a) Promotion des habitudes de la conduite qui contribuent à protéger la santé ou à résoudre les problèmes de la santé, et l'intervention dans les programmes de promotion et d'amélioration de la santé ainsi que la prévoyance des maladies et des accidents.
- b) Collaboration dans la prévoyance ou la solution des problèmes de l'environnement liés à la santé.
- c) Incorporation, comme assistants volontaires, en vue de réaliser des tâches simples d'attention médicale et d'assistance sociale et participation dans quelques activités d'opération des services de santé sous la direction et le contrôle des autorités correspondantes.
- d) Notification sur l'existence des personnes qui ont besoin des services de santé quand elles se trouvent empêchées de demander l'assistance pour eux-mêmes.
- e) Formulation de suggestions en vue d'améliorer les services de santé.
- f) Information aux autorités compétentes des irrégularités ou des déficiences constatées dans l'octroi des services de santé.
- g) D'autres activités qui contribuent à la protection de la santé.

5. En ce qui concerne le modèle d'attention intégrale de l'IMSS-COPLAMAR, il faut signaler enfin, que dans ses articles 35 et 36 la Loi Générale de la Santé établit les critères de gratuité ou des cotisations de recouvrement, selon le cas, concernant l'octroi des services à la population ouverte.

L'article 35 de cette loi établit: "ce sont des services publiques pour la population en général, ceux qui sont octroyés dans les établissements publiques de santé aux habitants du pays qui ont besoin, sous critères d'universalité et de gratuité fondés sur les conditions sociales et économiques des usagers". En ce qui concerne l'article 36 de la même loi, elle remarque: "en vue de déterminer les cotisations de recouvrement on tiendra compte du coût des services et des conditions sociales et économiques de l'utilisateur". Les cotisations seront fondées sur des principes de solidarité sociale et auront une liaison avec les ressources des usagers, le recouvrement étant exempté quand l'utilisateur soit dépourvu des ressources de versement, ou dans les régions moins développées économique et socialement conformément les dispositions du Secrétariat de la Santé.

L'antérieur implique que la réalisation du Programme dans les secteurs d'un marginalisme ouvert ou de moindre développement économique et social dispense le versement des cotisations de recouvrement. En même temps, les services de solidarité sociale étant étroitement liés au développement de la sécurité sociale, on espère que les sujets avec capacité contributive reçoivent pas le traitement de solidarité mais la protection même limitée, des différents schèmes d'assurance en accord avec leur capacité contributive.

D'ailleurs, le modèle d'attention intégrale à la santé du Programme IMSS-COPLAMAR propose que la population assume sa responsabilité concernant ses problèmes de santé, ce qui fait que l'apport de cotisations de recouvrement pourrait créer un sentiment de la population de rester hors de cette responsabilité.



## BASES CONCEPTUELLES

Le développement de la sécurité sociale dans notre pays est caractérisé par une adéquation permanente des postulats philosophiques dans leur réalité pragmatique. Pourtant, dans la recherche d'une protection effective des groupes majoritaires ruraux, on a trouvé le moyen techniques et financier en vue d'octroyer une protection minimale, malgré leur manque de capacité contributive, par un système de solidarité sociale organisé en commun, où la Sécurité Sociale joue un rôle primordial comme instrument de redistribution du revenu national.

Sans aucun doute, ce concept de Solidarité Sociale est un antécédent direct des modifications au 4ème article constitutionnel, qui établit le droit à la santé et la Loi Générale de Santé qui réglemente l'exercice de ce droit.

En même temps, au niveau international on fait l'analyse des problèmes connexes et de la mise en pratique des solutions dans plusieurs pays, en vue de les adopter d'une manière générale, en accord avec les particularités caractéristiques de chaque pays.

En matière de l'attention à la santé, pendant la dernière décade, la plupart des pays, y compris le nôtre, on fait un compromis en adoptant la stratégie d'atteindre l'Attention Primaire à la Santé l'année 2000. Ce compromis, souscrit en Alma-Ata en 1978, propose la considération d'un concept sous des principes généraux adéquats aux conditions de chaque pays, mais d'observance universelle.

Une définition serait celle qui considère que: "l'attention primaire de la santé est fondamentalement l'assistance à la santé, mise à portée de tous les individus et les familles de la communauté, par des moyens qui soient acceptables pour eux, avec leur participation pleine et avec un coût que la communauté et le pays puissent affronter. L'attention primaire, constituant à la fois le centre du système national de santé, est une partie du développement économique et social de la communauté."

A ce sujet, c'est possible remarquer que l'attention primaire contient une stratégie implicite, c'est-à-dire, une façon d'agir pour l'octroi des services de la santé en visant aussi à transformer les modalités traditionnelles de l'opération des services.

Dans ce sens, il faut signaler que le programme IMSS-COPLAMAR adopte la stratégie de l'attention primaire à la santé, puisqu'elle remplit la façon la plus adéquate de faire face aux problèmes de santé et leur solution avec la participation de la communauté et à un coût que le pays peut affronter.

Du point de vue conceptuel de l'attention primaire, c'est possible reconnaître deux influences déterminantes: premièrement, la motivation politique employée par les gouvernements des nations et leur détermination en vue d'encourager des systèmes égalitaires de développement social et économique qui, par conséquent, visent à prendre la décision d'octroyer des services de santé aux groupes moins protégés de la population. Au Mexique, l'intention du Gouvernement Fédéral de développer cette stratégie est claire, étant donné que le Programme IMSS-COPLAMAR est une partie importante de la même.

La deuxième influence déterminante de cette méthode est la réorientation technique en ce qui concerne l'attention à la santé, dont l'origine est l'analyse des causes réelles de la maladie et du décès, l'importance des facteurs dérivés du milieu et la conduite individuelle et collective comme déterminants de la santé, en comparaison avec les actions qui d'une façon traditionnelle font partie des systèmes de santé en accord avec les modèles antérieurs. C'est-à-dire, la nouvelle stratégie a comme but la protection à la santé de la population, et dans cet objectif il faut souligner les facteurs primaires qui déterminent les risques de la santé et pas seulement l'analyse et l'élaboration des stratégies en face des conséquences inhérentes de la manque de santé.

Cette réalité, ainsi que le besoin d'exprimer d'une façon pratique les définitions politiques déjà mentionnées, ont fait nécessaire la planification et le développement des systèmes d'organisation des services pour la santé, sous une visée intégrale en vue de réa-

liser des activités respectives et pourtant la mise en oeuvre doit se faire à un niveau quelconque et pas seulement au premier niveau de l'attention des services de santé institutionnalisés. Ce nouveau système d'octroi des services de santé est le centre de la stratégie de l'attention primaire à la santé.

Cette stratégie signale la participation de la communauté comme définitive, et pourtant, dans l'opération, il faut que l'attention primaire détermine et oriente les actions que la communauté a réalisées d'une façon traditionnelle en vue de soigner la santé, en combinaison avec les actions adéquates des programmes d'attention à la santé. Cependant, il faut clarifier que l'attention primaire n'est pas une attention de deuxième classe et même pas visée aux communautés rurales et aux groupes marginaux seulement; même pas octroyée par personnel empirique seulement. L'attention primaire est une visée d'attention intégrale à la santé. C'est une attention de haute qualité dans laquelle participent des groupes professionnels, des assistants et membres de la communauté, en accord avec les circonstances, les niveaux de responsabilité du personnel et les particularités propres à chaque communauté, urbaine ou rurale.

Considérée comme l'expression de la véritable attention intégrale à la santé, l'attention primaire a une application et une validité dans le programme entier des services à la santé, n'étant pas important quelle institution fait le développement; c'est-à-dire, n'étant pas soumise à l'application de l'activité d'une institution précise du secteur de la santé.

La stratégie de l'attention primaire signale l'importance du diagnostic de la santé et du programme des activités sur la base de ce diagnostic; et dans ce but, le développement du premier niveau de l'attention est considéré prioritaire et doit être appuyé convenablement par les autres niveaux de l'attention, ayant des relations définies auparavant, en vue de garantir un accès équitable de la population à ce premier niveau. Dans l'application de cette stratégie, chaque pays, selon sa réalité politique, sociale et économique et en accord avec le cadre institutionnel des services de santé, décidera sur les options politiques, financières et admi-

nistratives les plus convenables pour l'application des concepts basiques et des buts stratégiques complémentaires de l'attention primaire.

Par exemple: dans le cas du Programme IMSS-COPLAMAR, la participation de la communauté est réalisée à travers des contributions économiques en vue de couvrir le coût du service, mais avec sa participation dans la réalisation des oeuvres au bénéfice collectif visées à améliorer le milieu et le logement. Cela doit se faire avec une technologie appropriée aux conditions culturelles, économiques et écologiques de la communauté. En même temps, l'orientation sur la nutrition, la planification familiale et l'assainissement du milieu, acquièrent d'importance, en fonction des risques pour la santé et de la pathologie dérivée des facteurs conditionnels.

Jusqu'ici, les concepts de base de cette stratégie dans lesquels le modèle de l'attention intégrale à la santé du Programme IMSS-COPLAMAR est encadré, étant décrite ensuite et dont les éléments composants montrent d'un côté, la congruence avec les objectifs et la philosophie de la solidarité sociale, ainsi que la nouvelle Loi Générale de la Santé; et d'un autre côté, son adéquation aux cadres institutionnels de la stratégie de l'attention primaire à la santé comme un système valide en vue d'atteindre une véritable attention intégrale.

## **SYSTEME FINANCIER**

Programme de Solidarité Sociale de L'IMSS:

Comme on l'a déjà mentionné, les services de solidarité sociale sont financés par la fédération, par l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale et par les bénéficiaires mêmes, dont la contribution de ces derniers est la réalisation des travaux personnels au bénéfice collectif des communautés où ils habitent, ainsi que l'encouragement pour atteindre le niveau de développement nécessaire en vue de devenir des sujets d'assurance aux termes de la Loi de la Sécurité Sociale.

La contribution de l'Institut Mexicain de Sécurité est liée à la décision prise par l'Assemblée Générale qui en session annuelle et en vue des apports du gouvernement fédéral, détermine la quantité de ressources propres que l'Institut peut destiner à la mise en oeuvre du Programme.

Ces apports représentent 40% de l'exercice total du Programme, le 60% restant étant l'apport du Gouvernement Fédéral.

Programme de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire IMSS-COPLAMAR.

Le Programme de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire, sous le nom IMSS-COPLAMAR, se trouve lié aux bases de financement établies par l'accord signé par l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale et l'éteinte Unité de Coordination Générale du Plan National des Régions Arrières et des Groupes Marginaux de la Présidence de la République (COPLAMAR).

Cet accord signale dans la Neuvième Clause, le suivant: "En vue de réaliser ce programme, on fera des gestions conjointes pour que les coûts de l'investissement et de l'opération soient couverts par le Gouvernement Fédéral. L'IMSS est engagé d'administrer et de comptabiliser séparément et au détail, les fonds qui soient délivrés à l'effet de l'investissement et des frais courants concernant le Programme du Gouvernement Fédéral référé par cet accord, avec une indépendance totale de l'administration et de l'opération courantes".

La même accord établit dans la Cinquième Clause:

"Aux effets administratifs et à l'octroi des services, l'IMSS devra incorporer le plus tôt possible à ce Programme, les 310 Unités Médicales Rurales ainsi que les 30 cliniques Hôpitaux de Campagne qui existent à présent", c'est-à-dire; celles de Solidarité Sociale IMSS, de telle manière que le Programme National de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire envisage deux modalités concernant son financement.

Dans l'opération intégrée par les deux modalités, le Programme National de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire IMSS-COPLAMAR, ayant l'appui de la structure organique et de l'expérience opérante de l'Institut, est lié aux linéaments établis par le système comptable-budgétaire, en faisant l'adaptation, le cas échéant, de ceux qui ne sont pas en accord avec l'exécution du Programme même.

Pourtant, il est muni d'une brochure instructive budgétaire qui remarque les linéaments à suivre pour l'évaluation annuelle, tant des buts que des coûts d'opération à chaque région spécifique, ainsi qu'à chaque bâtiment.

Chaque secteur ou bâtiment en particulier, est engagé d'établir le budget, étant complété et validé par le niveau central, en accord avec l'évaluation des taux d'inflation et le système d'évaluation des positions budgétaires des frais au minimum (concernant le personnel), ainsi que le plafond financier stipulé annuellement par le Secrétariat de Programmation et Budget.

Une fois intégré, le budget est soumis à la considération du Comité d'Opération, qui l'envoie par la suite pour son approbation aux Conseils Etatiques de Surveillance de l'IMSS-COPLAMAR, qui l'envoient également aux gouvernements des Etats; les Comités Etatiques de Planification pour le Développement (COPLADES) ont comme fonction, entre autres, l'élaboration et la proposition aux fonctionnaires fédéraux et étatiques des programmes d'investissement, des frais et du financement pour l'entité, en vue d'enrichir les critères sur lesquels ils décident leurs budgets de dépenses respectifs.

Cela c'est le complément d'une première étape budgétaire, étant la désignation du montant pour le Programme; la deuxième étape, qui est la fermeture du cycle, est constituée par le contrôle budgétaire.

Pour son exécution, on prend une série d'actions qui sont décrites au VIIIème Chapitre (Le Système d'Information), dont le résultat est documenté à travers l'analyse de variations, qui reçoit l'information, tant au niveau opérant, qu'au niveau central

du Programme, le premier ayant le devoir de prendre les mesures nécessaires afin de corriger les variations trouvées; et le deuxième; ayant la double tâche de surveiller, d'un côté, que le niveau opérant dans le cadre de son domaine prenne les mesures déjà décrites, et d'un autre côté, de justifier auprès du Secrétariat de Programation et Budget, les variations montrées, par l'exercice réel, en ce qui concerne les montants autorisés.

Cette méthode permet de garder une interrelation constante, qui facilite la prise de décision aux différents niveaux du Programme.

## COÛTS

Le coût de l'opération à chaque Unité Médicale Rurale en 1984 est évalué en moyenne, en 2 millions 562 mille pesos, quantité qui se trouve partagée en 2 millions 73 mille pesos pour les frais directs et 489 mille pesos pour les frais indirects.

Le coût de l'opération à l'Hospital Rural "S" en 1984 est évalué en moyenne, en 115 millions 114 mille pesos, quantité qui se trouve partagée en 105 millions 391 mille pesos pour les frais directs et 9 millions 723 mille pesos pour les frais indirects.

Il faut signaler que les frais directs sont ceux qui sont versés par l'unité même, et dans les frais indirects on peut remarquer ceux qui concernent la surveillance des délégations et l'assessorat et l'appui au niveau central spécifique du Programme.

Le coût annuel en moyenne, par sujet de solidarité sociale, en raison de la population potentielle assurée, est d'environ 986.00 pesos, y compris les actions de la médecine d'assistance, de la médecine préventive, ainsi que de l'action communautaire pour la protection de la santé.

Il faut clarifier que les coûts signalés, ne font pas l'inclusion du montant des appuis administratifs, logistiques, de l'entraînement, du traitement électronique de l'information, du contrôle, et des autres secteurs que l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale offre au Programme, au compte de l'opération routinière, ayant

pourtant une influence considérable sur l'opération à un coût que le pays peut affronter.

## **MODELE DE L'ATTENTION INTEGRALE A LA SANTE**

En vue de répondre aux besoins de la population rurale et ayant comme but l'action sur les causes qui conditionnent la maladie et la mort, un programme de l'attention à la santé a été développé sur la base de l'expérience de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale, des recommandations internationales, ainsi que des particularités sur la réalité sociale au Mexique, qui vise à:

- Affronter les causes de la perte de la santé ainsi que ses conséquences.
- Octroyer l'attention médicale intégrale, disponible, adéquate, permanente et qui soit acceptée par la communauté avec un coût faisable pour le pays.
- Disposer des systèmes permanents d'information et d'évaluation au niveau national, des régions, et des délégations, qui permettent avoir une répercussion sur la santé de la population.
- Encourager la participation active, décidée et permanente de la communauté en vue d'assumer sa responsabilité à l'avenir dans la planification, l'exécution, et l'évaluation des programmes sur la santé.

### **a) Attention médicale:**

Nous considérons l'attention médicale intégrale contenue dans le Programme comme une activité permanente, constituée par la promotion, la protection, la traitement, ainsi que la réhabilitation visée pas uniquement à l'individu mais très en particulier, au groupe familial et à la communauté.

En vue d'octroyer cette attention médicale on a envisagé un système pyramidal à deux niveaux d'attention étroitement liés, et un troisième niveau appuyé par les hôpitaux régionaux ou étati-



ques du Ministère de la Santé et d'Assistance (SSA). Les deux premiers sont octroyés dans les Unités Médicales rurales et dans les Hôpitaux Ruraux "S", qui appartiennent au Programme de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire.

Le premier niveau d'attention garde une action permanente de prévoyance par l'instruction sur la santé, qui est considérée prioritaire; des actions sont prises contre les maladies infectieuses et vulnérables par vaccination contre la infections des voies respiratoires hautes, gastrointestinales, parasitaires, paludisme et d'autres, selon les conditions locales. En même temps, l'octroi de l'attention prénatale et le contrôle des naissances ainsi que la prévoyance de tétanos. On cherche exprès des individus avec des maladies chroniques soit contagieuses ou noncontagieuses comme tuberculose, dénutrition, diabète, fièvre jaune et des maladies vénériennes. Des actions sont prises sur l'orientation de la nutrition, l'odontologie préventive et l'hygiène du logement, ainsi que sur l'environnement. L'octroi de l'assistance médicale est sur la base de la demande et il y a un cadre de base des médicaments, réduit et approprié à la pathologie prédominante de la région rurale.

Les actions à ce niveau ont comme début le Diagnostic de Santé de la communauté, réalisé par l'Equipe de Santé et la communauté même, à travers le Comité de la Santé (organisation représentative de la communauté, qui coordonne sa participation et fait la liaison avec le personnel médical). L'identification des problèmes principaux de santé doit se faire par cette voie et des actions sont envisagées en vue de les affronter par un plan de santé, qui est évalué d'une manière permanente par les autorités locales; le Diagnostic ainsi que le Plan sont actualisés annuellement.

Leur évaluation permanente et périodique fait nécessaire la révision constante des stratégies, des généralités et des buts pour que la planification soit chaque fois plus attachée à la réalité et qu'elle soit faite aux niveaux où les décisions doivent se prendre sur la base des problèmes et des ressources réelles existantes.

Ce premier niveau d'attention médicale est octroyé dans les Unités Médicales Rurales et chacune doit satisfaire les besoins d'environ 5 000 habitants que se trouvent en général dans 10 ou 12 localités dispersées.

La localité où se trouve l'Unité Médicale Rurale est, en général, le centre de concentration des services commerciaux, éducatifs, et religieux, etc., avec une population d'environ 500 et pas plus de 2 500 habitants.

Les Unités Médicales Rurales sont constituées par un équipe formé d'un stagiaire en médecine, au service social ou avec le grade de docteur, sous contrat à temps fixe, quand il n'est pas possible de trouver un boursier en médecine. En même temps, on dispose de deux assistants du secteur médical entraînés, en avance, qui parlent la langue locale quand il s'agit des régions de population indigène.

Comme l'appui des activités de cet équipe de santé, il y a un Comité de Santé à chaque localité d'action intensive (trois localités au moins du secteur d'influence de chaque unité, en plus de la localité siège) et d'autres éléments, comme les accoucheuses empiriques et les médecins traditionnels.

Le Comité de Santé est formé par quatre membres qui sont aidés par des assistants ruraux de santé et par des promoteurs sociaux volontaires, dont leur participation est analysée par la suite.

Les ressources physiques de ce genre d'unités sont: une celle d'attente, un cabinet (qui compte avec des archives cliniques et la pharmacie), un secteur d'accouchement et de traitement, ainsi qu'un secteur d'observation, avec deux lits de passage et la chambre pour le médecin, tout cela construit sur une surface de 60 mètres carrés.

Les Unités Médicales Rurales sont complètes et pratiques pour les besoins qui doivent satisfaire; la population contribue à sa

construction et contribue à la surveillance et au maintien du premier niveau.

Comme l'appui pour l'opération de ce premier niveau d'attention on peut mentionner:

- 18 brochures de la Collection IMSS-COPLAMAR, préparées et actualisées avec l'appui des différentes directions de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale et le Système d'Information et d'Évaluation des Unités Médicales Rurales.
- Un Manual de Principes de Base du Maintien.
- Cinq Cours d'Actualisation pour le personnel décrit; ces cours sont aussi révisés et réalisés avec l'appui des différentes directions du niveau central et des délégation. d'une manière régulière.

Le Deuxième Niveau d'Attention est l'appui en vue de résoudre les problèmes de santé, par l'attention d'urgence, la consultation externe des spécialités de base de la médecine, les services d'assistance du diagnostic, ainsi que l'hospitalisation des malades avec des problèmes médicaux, de chirurgie et obstétriques qui exigent d'attention spécialisée.

Ce deuxième niveau, représenté par les Hôpitaux Ruraux "S", est le centre d'un secteur de l'attention médicale où se trouvent des ressources scientifiques, techniques, physiques et matérielles, ainsi que l'appui d'environ 40 Unités Médicales Rurales qui forment le Premier Niveau de l'attention pour la couverture d'environ 200 000 personnes dans l'ensemble. Il faut signaler que dans ce genre d'unités, il y a une population assignée directement à l'attention du Premier Niveau, cette attention étant octroyée par des médecins qui ont fini la résidence de médecine familiale. Les Hôpitaux Ruraux "S" sont des centres d'entraînement et d'actualisation du personnel institutionnel et volontaire des Unités Médicales Rurales; ils se trouvent en général dans des localités avec une population en moins de 5 000 et pas plus de 10 000 habitants, avec intercommunication et des services municipaux.

Ce genre d'unités ont un plus grand nombre de ressources et une technologie plus développée; elles comptent avec 4 ou 7 cabinets de médecine familiale et consultation externe des spécialités suivantes: gynéco-obstétrique, pédiatrie, chirurgie et médecine interne; service de médecine de prévoyance; un cabinet d'odontologie, un service d'urgence, pharmacie, archives cliniques, travail social, laboratoire d'analyse clinique, service de radio-diagnostic, de 20 à 70 lits pour des adultes et des mineurs, une salle de berceaux et une couveuse, salle d'accouchement, salle d'opération, centrale d'équipement et stérilisation, services complémentaires. En même temps, il y a un secteur administratif pour le corps du gouvernement et récemment on a ajouté des locaux pour les Centres d'Oriantation sur la Nutrition.

Dans les Hôpitaux Ruraux "S" le personnel du Corps du Gouvernement est constitué par un médecin chirurgien qui a le poste de directeur de l'Unité, un chef d'infirmierie, un administrateur et un résident en charge du maintien.

Le personnel syndiqué sous contrat permanent est formé par le personnel assistant de l'administration, l'assistant des services généraux et les assistants du secteur médical. Le personnel restant est formé par: les résidents du troisième année des spécialités de base et des techniciens en anesthésie, des médecins qui ont terminé la résidence en médecine familiale d'une année à la campagne, des stagiaires en service social des disciplines suivantes: médecine, odontologie, infirmierie, travail social, et chimie pharmacobiologique.

Les Hôpitaux Ruraux "S" octroient une attention médicale de haute qualité, puisqu'ils comptent avec des spécialistes qualifiés, étant un motif d'orgueil et reconnaissance tant au niveau national qu'au niveau international pour le Programme.

Les ressources techniques d'appui pour l'opération de ce deuxième niveau d'attention sont:

- 11 manuels des Méthodes d'Administration et Archives Cliniques, quatre manuels des Méthodes d'Infirmierie, un manuel

d'Organisation de l'Hôpital Rural, un Document de Base du Travail des Hôpitaux Ruraux "S", Guide du Diagnostic Thérapeutique, Cadre de Base des Médicaments, ainsi qu'un Catalogue d'Information et d'Évaluation. Ils sont tous en révision et actualisation permanentes avec la participation de diverses directions de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale au niveau central. Aujourd'hui, une série de manuels se trouve en cours d'élaboration, qui va compléter l'appui technique à l'Hôpital Rural "S".

- On fait 18 cours d'entraînement initial et d'actualisation permanente du personnel syndiqué, de confiance, et boursier, dans ces unités. La révision et le développement de ces cours doivent se faire avec la participation de plusieurs directions de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale, tant au niveau central qu'au niveau délégalional.

La participation du personnel boursier des différentes disciplines du Programme sont une réussite technique et financière. Une réussite technique parce qu'on peut faire l'intégration de plusieurs disciplines dans un équipe de travail; une réussite financière, parce que les coûts d'opération baissent et il y a la possibilité d'octroyer l'entraînement en service aux professionnels qui vont s'intégrer bientôt aux activités de l'institution; en même temps, la présence du personnel médical qualifié est assurée dans les régions rurales.

#### b) Action communautaire:

Premièrement, on va analyser le concept du Programme sur cette participation; ensuite, on va mentionner les niveaux de cette participation, les méthodes et les organisations qui la fournissent, ainsi que le personnel qui fait la promotion, et l'entraînement qu'il reçoit.

Tout d'abord, la participation communautaire est la contribution que les bénéficiaires du Programme font en échange des services reçus; les communautés font des donations de terrains en vue de

construire des unités médicales, ils offrent main d'oeuvre gratuite pour l'exécution des oeuvres au bénéfice collectif et des actions qui visent à améliorer la santé et la prévoyance des maladies. COPLAMAR, organisme de la Fédération, était l'organisation officielle en charge d'encourager et contrôler cette contribution. En 1983, par Décret Présidentiel, COPLAMAR disparaît et le Programme assume la responsabilité de coordonner la participation communautaire, avec le projet de base qui établit comme indispensable, l'étude, la reconnaissance, et le respect pour les actions que la communauté a réalisé par tradition, en vue de s'occuper de leurs besoins de santé. Depuis 1982 un programme est développé au sujet de l'interrelation avec la médecine traditionnelle, expérience qui a permis un rapprochement avec les médecins traditionnels, une meilleure compréhension des nosologies de cette médecine et, par conséquent, une possibilité plus près de contribuer à améliorer la santé de la population des communautés rurales. A cet égard des séminaires sont suivis avec des herboristes, des guérisseurs des os, etc., ainsi que l'établissement d'un recensement de médecins traditionnels et des accoucheuses empiriques du pays entier (13 094 en 1983).

Avec l'expérience acquise par l'exécution du Programme, depuis 1983 le travail communautaire établit que les actions en vue d'améliorer la santé exigent le concours d'autres dépendances et secteurs, ainsi que les actions permanentes qui favorisent le dialogue, la réflexion, l'analyse permanente, l'expérience quotidienne, en vue de résoudre les problèmes de la santé, et l'apprentissage de nouvelles façons de penser et d'agir en commun qui vont contribuer au cours de transformation des individus en accord avec leurs propres besoins et les besoins de la communauté aussi bien que la modification progressive de leurs attitudes.

On fait la participation de la communauté à différents niveaux de l'organisation. Au niveau étatique, avec les Conseils Etatiques de Surveillance intégrés par les représentants du gouvernement local, des organisations rurales et indigènes et des groupes volontaires. Ils contribuent à résoudre les problèmes d'opération, à l'encouragement de l'usage adéquat des services, et à favoriser

la participation de la population bénéficiaire. Ce système est suivi également au niveau local où la municipalité, les organisations locales, le magistère, etc., ainsi que les groupes volontaires, sont représentés.

Le "Comité de Santé" est le moyen de participation de la population bénéficiaire, étant élu annuellement à l'Assemblée Générale et étant constitué par un président et des membres de l'assainissement, de la santé, et de la nutrition, qui travaillent étroitement avec le personnel médical des unités rurales en vue de représenter les intérêts de la population. Il y a un Comité de Santé dans la localité siège des unités médicales, aussi bien qu'à chacune des localités de "l'Action Intensive."

Le Comité et le personnel médical gardent des relations avec les groupes locaux, les accoucheuses empiriques et les médecins traditionnels, en vue de faire la coordination des activités des Promoteurs Sociaux Volontaires locaux. Elles sont surtout des femmes (42 000 en 1983) qui font un entraînement pratique et participent aux activités, dès l'obtention de l'information du Diagnostic de Santé, y compris sa collaboration dans les commissions de travail et des assemblées, ainsi que l'analyse et les hiérarchies des problèmes collectifs et la prise de décisions des engagements et des actions qui doivent se prendre en vue de les résoudre.

Sa participation acquiert une importance spéciale pour la réalisation des activités éducatives, l'identification des enfants sous-alimentés, l'orientation en vue de compléter les programmes de vaccination, la détection de grossesses de haut risque, la prise des actions pour la planification familiale, la détection de toux chronique, la récupération des malades réticents, et la promotion des actions de base de l'assainissement en vue d'obtenir de l'eau potable, l'élimination excrétrice, le contrôle des ordures et de la faune nocive, l'amélioration du logement, la culture des vergers ménagers et l'élevage des espèces mineures. En vue d'ap-puyer ces tâches il y a un "Catalogue d'Activités."

Un volontaire fait l'orientation d'entre 10 et 15 familles ainsi que la promotion pour soigner leur santé; au fur et à mesure que le

programme éducatif est assuré, ces familles seront plus tard des promoteurs de la santé d'autres familles.

Les activités globales sont décidées à l'assemblée générale, où la population fait le compromis d'accomplir ces buts et d'évaluer les résultats. En vue de décider les activités annuelles qui vont se réaliser, la communauté est appuyée comme on l'a déjà mentionné, par le "Diagnostic de Santé" ainsi que le "Plan de Santé", développé avec la participation de l'équipe de santé des Unités Médicales Rurales, aussi bien que la prise de décisions sur la base des ressources disponibles et les possibilités précises de réalisation.

Les résultats du travail conjoint sont évalués dans les réunions périodiques, afin d'atteindre les buts qu'on a établit. Le compromis de travailler au profit collectif doit se traduire d'abord, dans un compromis individuel et familial de soigner la propre santé, l'hygiène personnelle et l'assainissement du logement, l'attention de la grossesse, la nourriture de la famille, surtout des enfants (par le Programme d'Orientation sur la Nourriture de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale), la diffusion de l'information sur la santé et plus tard la réalisation des activités conjointes en vue de résoudre les problèmes communs de la santé.

Aujourd'hui, il y a environ 11 000 Comités de Santé aux communautés siège des Unités Médicales Rurales et des Hôpitaux Ruraux "S", ainsi que des localités d'action intensive.

On a développé des moyens en vue de saisir l'information permanente des activités qui sont réalisées et des systèmes simples pour l'appréciation du progrès et la correction de fautes, en particulier, par la carte de recensement et du contrôle familial, aussi bien que le carnet des activités communautaires.

La médecin, les assistants du secteur médical, et l'assistant rural de santé qui seront intégrés depuis 1984, sont les ressources humaines et techniques plus précieux du Programme, puisqu'ils ont la possibilité d'intéresser et mobiliser la population en vue de trouver des solutions collectives à leurs problèmes.



Pour la plupart des médecins, c'est le premier rapport avec le milieu rural, ce qui implique l'écartement de la famille et des comforts des villes; même si, en général, ils ne sont pas préparés pour comprendre et faire face aux problèmes ruraux de santé, il y en a beaucoup qui arrivent avec l'intérêt, l'intention, et l'affection pour leurs compatriotes; d'autres, heureusement peu nombreux, n'ont pas la condition affective qui les approche des paysans.

En vue de résoudre cette situation, on donne un cours d'induction au poste, où ils sont familiarisés avec les normes et les méthodes de travail et ils reçoivent l'assistance permanente pour la mise en oeuvre efficace du système d'attention médicale du Programme.

Il y a nombreux cas de travail permanent, incessant et d'un effort extraordinaire du personnel médical et de la communauté en vue d'améliorer les conditions de la santé.

Les assistants du secteur médical, personnel originaire de l'endroit et permanent dans les services, est clef pour le succès du Programme. Ils parlent la langue locale et comprennent les problèmes des gens, étant un témoignage vivant d'un cours permanent de changement. Le Comité de Santé, de même que l'assistant rural de santé et les volontaires, sont entraînés d'une façon pratique; à cet égard, il y a des systèmes éducatifs qui sont adaptés localement.

Aujourd'hui, on fait un effort en vue d'atteindre les communautés les plus dispersées et petites et à cet égard, des techniciens ruraux de santé sont entraînés, qui peuvent en plus d'encourager la santé, appliquer des produits biologiques, prêter première aide, de même que s'occuper de quelques maladies courantes et peu complexes, aussi bien que dériver les cas qui requièrent d'attention médicale. Ce personnel compte avec l'appui de l'infrastructure et l'expérience accumulée, qui va contribuer à l'élargissement de la couverture des services et à la consolidation des buts atteints.

En synthèse, le modèle de l'attention à la santé du Programme National de Solidarité Sociale accomplit l'idéal formulé à la réunion internationale d'Alma-ata, qu'on peut trouver dans les raisons suivantes:

- Faire prioritaire le premier niveau de l'attention.
- Il est fondé sur un système visé à résoudre les causes de l'origine des maladies les plus fréquentes dans une communauté.
- Il contient des procédés qui font possible l'inclusion de la population pour le soin et la surveillance de la santé.
- Il considère les ressources de la médecine traditionnelle.
- Il encourage la coordination interinstitutionnelle et le profit optimal des ressources.
- Il est en accord avec la situation économique du pays.

En même temps, en vue de faire réalité l'octroi intégral du service médical avec la liaison de la médecine du premier rapport avec la médecine hospitalière, le Programme National de Solidarité Sociale enrichit le schème de l'attention primaire proposé à cette réunion.

### **LA STRUCTURE ADMINISTRATIVE POUR LA MISE EN OEUVRE DU MODELE**

La Loi de la Sécurité Sociale, promulguée le 19 janvier 1943, établit la création de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale comme l'institution publique décentralisée avec représentation et domaine propres, dont l'organisation et l'administration de la sécurité sociale est à sa charge, étant l'instrument de base de la sécurité sociale.

L'administration du Programme a l'appui de l'Institut, qui dispose d'une structure administrative suffisante à chaque entité fédérative,

ce qui permet déléguer l'opération du programme à ses organisations étatiques et régionales, en faisant la liaison du principe institutionnel avec son développement et les adéquations de ses particularités qui soient nécessaires.

En même temps, on tient compte de la liquidité financière de l'Institut, qui est le résultat de l'obtention de ressources propres, ce qui permet le développement de l'opération du Programme sans dépendance d'une façon immédiate des ressources qui verse chaque bimestre le Gouvernement Fédéral.

Les niveaux administratifs du Programme sont:

- a) Un niveau central normatif, sous la Direction Générale, qui participe dans la planification, l'évaluation et l'adéquation des normes institutionnelles en coordination avec les sousdirections et les directions, en établissant en même temps, des schèmes généraux de travail.
- b) Le niveau moyen ou délégalional se trouve dans les organismes fédéraux à la charge de planifier, adapter, diriger, coordonner, conseiller et évaluer les programmes; il est formé d'un ou plusieurs équipes de surveillance des délégations sous la Direction de Services Médicaux des Délégations, intégré par un médecin, une infirmière, un technicien de l'Action Communautaire et un administrateur. Ces équipes sont responsables directs de l'opération, tant au deuxième niveau d'attention qu'au premier niveau, par l'Equipe de Surveillance des Zones des Unités Médicales Rurales. On fait des réunions d'évaluation et de coordination chaque mois, présidées par le Délégué et avec l'assistance des Chefs des Services, en vue d'assurer l'appui institutionnel au Programme. A ce niveau, on compte aussi avec un personnel limité qui fait des tâches administratives à temps complet dans les secteurs du contrôle de personnel, des transports et des entrepôts de médicaments.
- c) Le Niveau Zonal est constitué par un équipe d'Assessoriat et de Surveillance, intégré par un médecin qui a terminé la rési-

dence en médecine familiale d'une année à la campagne, un promoteur de l'action communautaire, et un technicien polyvalent, responsables du transport et du maintien au 2ème niveau des Unités Médicales Rurales.

La zone de surveillance est formée par 20 unités en moyenne, qui sont visitées par cet équipe chaque mois. Les médecins responsables font des réunions une fois par mois au siège de la zone avec des objectifs d'entraînement, d'information, et de versement de salaires.

L'opération des trois niveaux du maintien des Unités Médicales Rurales et des Hôpitaux Ruraux "S", est réalisée dans les Délégations mêmes, avec l'appui de la structure et des principes du Bureau de Services du Maintien qui sont adaptés aux besoins du Programme, étant contenues dans la méthode du maintien.

- d) Le niveau opératif est constitué par les Unités Médicales Rurales et les Hôpitaux Ruraux "S", dont les particularités ont été déjà décrites.

En ce qui concerne l'appui des différents niveaux cités auparavant, on compte avec les manuels de procédures décrits au premier et au deuxième niveau, aussi bien qu'avec les brochures d'opération et les manuels d'organisation.

La somme totale de personnes qui travaillent exclusivement pour le Programme, à tous les niveaux décrits auparavant, est d'environ 16,363 pour l'année 1984.

**PERSONNEL ET DISTRIBUTION DE POSTES AUTORISEES  
(AVEC L'INCLUSION DE SOLIDARITE SOCIALE ET IMSS-  
COPLAMAR)**

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| 1) COORDINATION CENTRALE | 294 Postes |
| 2) DELEGATION            | 674 Postes |

2.1	Equipes multidisciplinaires	166
2.2	Appui administratif	508
3)	HOPITAUX RURAUX	5 984 Postes
3.1	Corps du gouvernement	570
3.2	Corps de médecins (résidents)	787
3.3	Boursiers (stages)	1 033
3.4	Personnel opérant	3 594
4)	UNITES MEDICALES RURALES	9 411 Postes
4.1	Surveillance, assessorat et appui	336
4.2	Responsable de l'Unité	3 025
4.3	Personnel assistant	6 050
	TOTAL	16 363 Postes

## SYSTEME D'INFORMATION

Le système d'information répond à la structure organique du Programme IMSS-COPLAMAR, dont le but est l'établissement des bases en vue de prendre des décisions aux différents niveaux: opératif, zonal, délégalional et central. Pour cette raison, on emploie un système spécifique en vue d'obtenir l'information vérifiable, opportune et remarquable par le traitement des données.

L'information ainsi obtenue est utilisée avec des objectifs de programmation, d'évaluation, d'assessorat, d'entraînement, de surveillance et de recherche, ainsi que pour l'octroi de ressources humaines et matérielles, entre autres.

Dans les Hôpitaux Ruraux "S" et dans les Unités Médicales Rurales, les données de la population sont traitées ainsi que les services médicaux octroyés, les actions préventives réalisées, la planification familiale et l'action communautaire, aussi bien que tout ce qui concerne les taux de morbidité.

L'information sur les actions réalisées est analysée, concentrée, et évaluée au niveau zonal, étant envoyée au groupe multidisciplinaire qui, avec l'appui du Département de l'Intégration de l'Information, sous la Préfecture de Services Médicaux des Délégations, fait la concentration et l'envoi au niveau central pour le traitement, l'évaluation et l'émission de l'enregistrement du contrôle budgétaire, tant des buts que des frais, étant distribués à ce même niveau central comme le moyen de contrôle et au niveau délégalional et opératif, comme l'entretien de l'information obtenue en vue d'analyser l'exercice budgétaire, qui sert à aider la prise de décisions.

Les données obtenues par la carte de surveillance opérant au niveau délégalional sont envoyées au niveau central pour le traitement, l'analyse, et la prise de décisions correspondantes et la Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR fait la présentation des résultats au Directeur Général de l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale, aux bureaux de l'Institut même, au Secrétariat de Programmation et Budget, à la Chambre de Députés, au Secrétariat de Santé et d'Assistance, ainsi qu'à toutes les institutions qui participent au Programme IMSS-COPLAMAR, et la rétroinformation aux délégations en vue de corriger les déviations possibles.

## **EVALUATION**

On fait l'évaluation d'une façon périodique à tous les niveaux, en vue d'identifier l'accomplissement des buts et des couvertures octroyées à la population, ainsi que les facteurs concernant la qualité de l'attention médicale, l'action communautaire et l'utilisation appropriée des ressources humaines, matérielles, et financières.

Avec cette information, c'est possible d'adapter ou modifier les principes, les techniques et/ou les systèmes d'attention et programmation des activités et leurs coûts, par des budgets annuels d'opération.

Un programme d'attention à la santé comme celui développé par l'IMSS-COPLAMAR, doit être évalué en fonction des modifications favorables, réelles et permanentes, qui occasionne aux niveaux de la santé. A cet égard, en 1981, une fois que l'infrastructure actuelle était déjà en opération, on fit l'analyse d'une échantillon représentative de 6 000 000 de consultations octroyées par le Programme pendant cette année, des actes de décès et d'autres documents qui sont le point de départ, en vue de connaître les modifications sur la morbidité et la mortalité, étant liées aux effets du Programme. En 1986 on cherche à faire un nouveau arrêt qui puisse offrir l'information de confiance aux termes de la répercussion sur la santé de la population rurale marginale.

En même temps, les systèmes d'évaluation que le Programme a incorporé régulièrement, permettent de connaître la réduction de la quantité et le genre de maladies, des causes de décès et des conditions de l'environnement, ainsi que les aspects socioéconomiques et culturels qui affectent la santé.

## **LA POLITIQUE DE DECENTRALISATION**

L'Etat mexicain demande que l'administration publique soit modernisée et les niveaux de gouvernement étatiques et des municipalités soient renforcés à travers une vigoureuse politique de décentralisation. Quant à protéger la santé de la population ouverte (pas assurée), la présente administration du gouvernement fédéral a promulgué des lois qui permettent sa mise en place.

Ainsi, le 8 mars 1984 la décentralisation des services de santé pour la population ouverte a été décrétée et, pour sa réalisation, on doit créer des instruments d'ordre social qui contribueront à coordonner, surveiller et appuyer ce programme.

L'accomplissement de ce décret exige qu'un grand effort de rationalisation de ressources soit réalisé dans le domaine de la santé, ce qui justifie le besoin de légiférer à cet égard.

La décentralisation des services et leur intégration dans systèmes étatiques permettra une couverture plus étendue et une meilleure qualité des dits services; leur développement et harmonisation seront progressifs et adéquats afin d'éviter des détériorations dans l'opération et réussir à une contrôle et évaluation qui permettront à la population assurée d'échapper à la méfiance et à la peur.

Avec cette idée et suivant le décret, le programme IMSS-COPLAMAR est décentralisé aux gouvernements étatiques dans le cadre de l'Accord Unique de Développement.

Dans l'accord on trouve les éléments essentiels de la décentralisation des services de santé pour la population ouverte. Dans chaque étage de ce processus, on veillera que l'opération ne soit pas détériorée et on évitera les duplications et les omissions à l'aide d'un système de soins coordonné et efficient.

Le Décret Présidentiel a établi aussi un Comité d'Opération du Programme IMSS-COPLAMAR qui est l'organe à niveau fédéral, présidé par le Directeur Général de l'IMSS et où différents Secrétariats d'Etat participent représentés par quelques sous-secrétaires et delegués du plus haut niveau, d'organismes publiques et d'organisations paysannes et indiennes liées au Programme.

Ce Comité est chargé de veiller que le processus de décentraliser les services de solidarité social soit réalisé peu à peu et avec ordre, afin d'éviter que les services soient détériorés et les succès en matière de santé pour la population rurale pas contributive soient consolidés.

Ce même Décret Présidentiel prend la décision de faire participer les gouvernements étatiques et les autorités municipales à l'administration des services médicaux devoués à la population



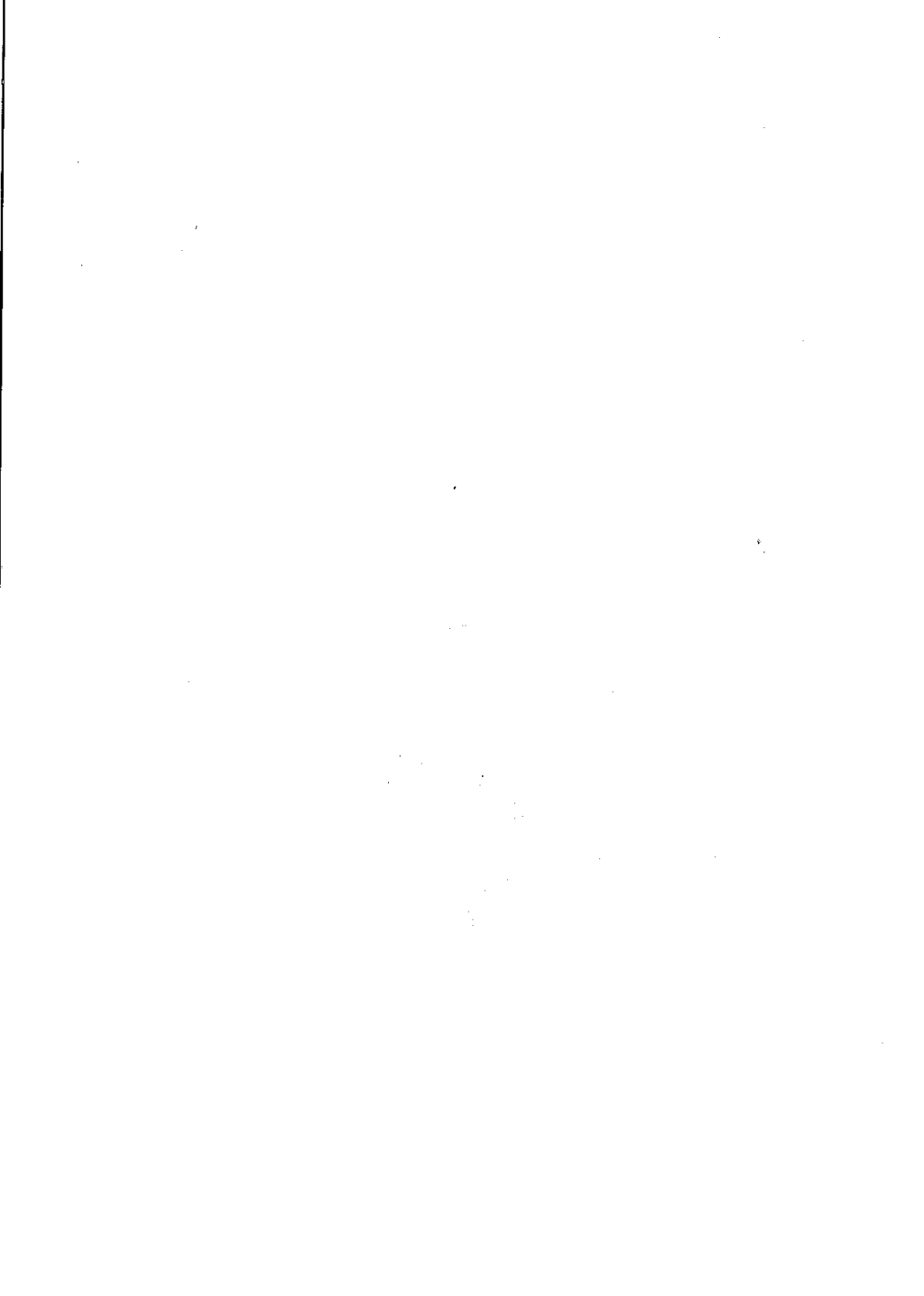
ouverte, dans lesquels la Secrétariat de la Santé et l'Institut inter-venent.

Quant aux services octroyés par l'IMSS, dans une première étape on a formé les Conseils Etatiques de Surveillance du Programme IMSS-COPLAMAR, présidés par les gouverneurs des Etats avec l'inclusion des délégués étatiques de l'IMSS et des Secrétariats d'Etat intéressés au développement des communautés, ainsi que des organismes publiques et des organisations paysannes et indiennes directement dévouées à l'application du Programme.

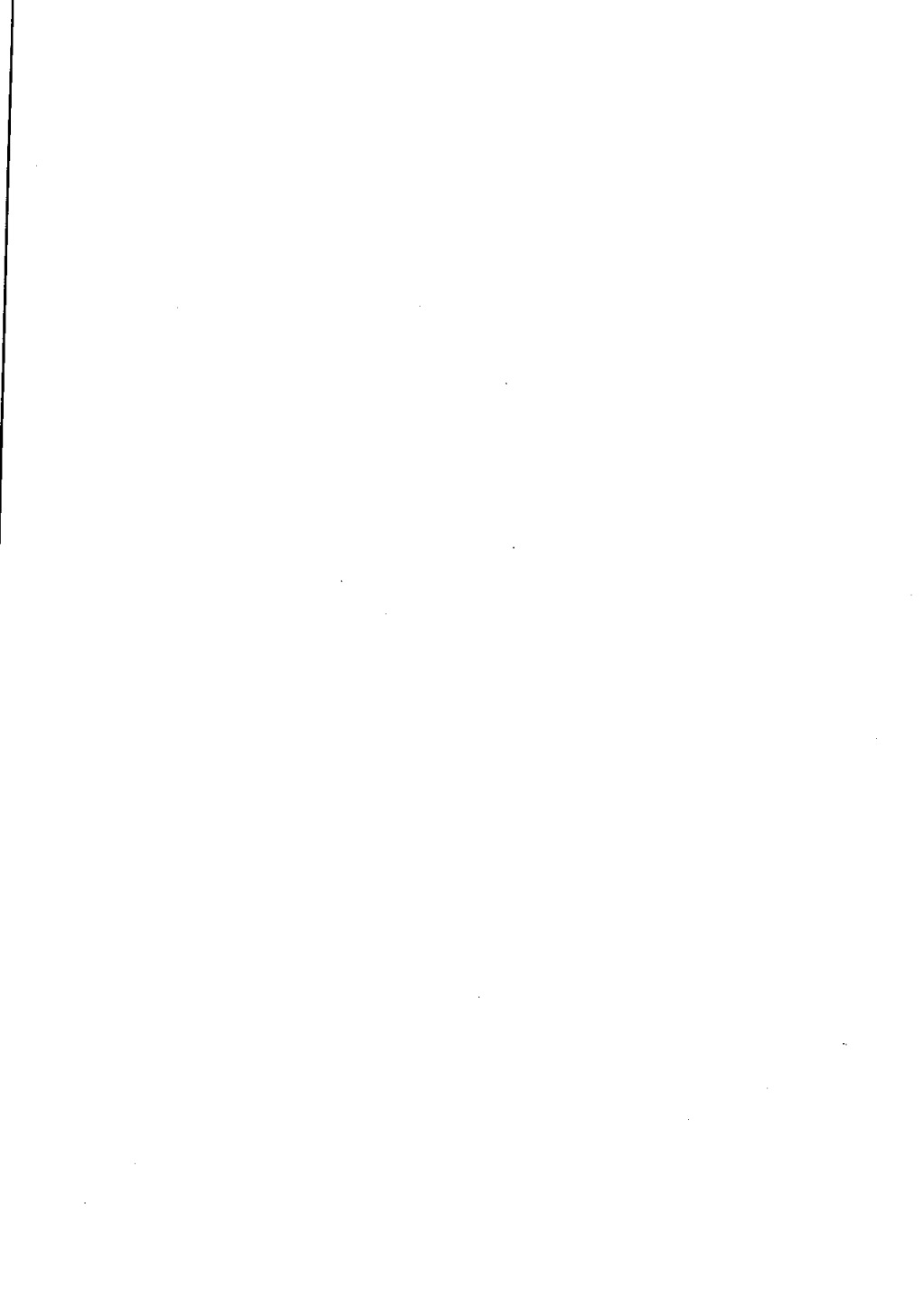
### **DOCUMENTS TECHNIQUES A L'APPUI DU MODELE**

- Brochure instructive pour l'élaboration et l'utilisation du registre d'information et d'évaluation en accord avec le diagnostic de santé. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1983.
- Carnet des activités d'action communautaire. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1984.
- Catalogue des activités d'action communautaire. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1984.
- Organisation et fonctions du Comité de Santé. Manuel 16. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1984.
- Plans de travail des promoteurs volontaires. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1984.
- Programme d'interrelation avec la médecine traditionnelle. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1983.
- Plans de travail de l'assistant rural de santé. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1984.

- Guide de Surveillance des Unités Médicales de Campagne. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1984.
- Carte de Surveillance opérante des Unités Médicales Rurales et des Hôpitaux Ruraux "S". Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1983.
- Modèle d'évaluation et de planification pour le Programme National de Solidarité Sociale. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1983.
- Plans pour l'autoévaluation des délégations du Programme National de Solidarité Sociale. Coordination Générale du Programme IMSS-COPLAMAR. 1984.
- Méthodologie du Maintien IMSS. Préfecture des Services du Maintien.
- Loi Générale de Santé. Présidence de la République. Etats Unis Mexicains. 1984.
- Santé pour tous l'année 2000. Plan d'action pour la Mise en Oeuvre des Stratégies régionales. Document officiel No. 179. OPS/OMS. Washington, D.C. 1982.
- Attention Primaire de la Santé. Rapport sur la Conférence Internationale sur l'Attention Primaire de la Santé. Alma-Ata, URSS, 6-12 Sept. 1978. OMS/UNICEF, 1978.
- Institut Mexicain de Sécurité Sociale. Loi de Sécurité Sociale. Mexique, 1982.
- Mexique. Secrétariat de Programmation et Budget. Plan National de Développement. 1983-1988; Pouvoir Exécutif Fédéral. Mexique, 1983.



**EXPERIENCES NATIONALES SUR LA  
PROTECTION SOCIALE AUX GROUPES  
MARGINAUX DES ZONES RURALES**



LA SITUATION DES GROUPES MARGINAUX  
DANS LA SOCIÉTÉ RURALE ÉGYPTIENNE  
RÉGIMES D'ATTENTION SOCIALE  
ET DÉVELOPPEMENT\*

R. Khalil Mancy\*\*

\* Document présenté par le Ministère de l'Égypte.

\*\* Directrice générale de Relations Publiques et Développement de Personnel.



Les délégués des Etats Unis et de la Sainte-Lucie au moment de visiter l'Hôpital Rural "S" de Cuautlixco, Morelos.

L'Égypte a connu la sécurité sociale comme un moyen de protection pour la famille et l'individu, depuis le début de la civilisation. Dans l'ancienne Égypte, il y a cinq mille ans, les égyptiens avaient l'habitude de distribuer de la nourriture et des vêtements pour les pauvres.

Avec l'apparition de la chrétienté et le système de "Dîme" qu'elle avait imposé, suivi de la religion Islamique et son système d'assurer les droits des pauvres d'après la société et ses membres riches, aussitôt que le "Zakat" que c'est la responsabilité de l'Etat à l'échelon national.

Un des aspects essentiels qui font la différence de la sécurité sociale d'Égypte comme un système de responsabilité sociale réciproque parmi les membres de la société en général et non seulement pour la classe travailleuse, c'est la coopération par charité en obéissant les ordres du Créateur.

"Coopérer vers la charité et la piété", c'est pareil à l'assurance cooperative, même s'il est obligatoire pour les raisons suivantes:

1. Les organisations générales dans l'Égypte sont responsables de l'exécution de l'assurance sociale.
2. Les organisations de l'assurance sociale et leurs caisses n'ont pas d'objectifs lucratifs.
3. Le but essentiel de l'assurance sociale c'est l'extension de la protection sociale vers tous les membres de la société.

Avec le but d'étudier la situation des groupes marginaux dans la société rurale égyptienne, nous devons reconnaître les catégories sociales qui la composent, et elles sont essentiellement:

1. Paysans nécessiteux.
2. Paysans pauvres.
3. Petit paysans.



4. Paysans de moyenne classe.
5. Paysans riches (propriétaires avec 100 *feddans* au maximum, selon les lois de l'Etat d'après la révolution de 1952).

Ce groupement nous indique que les groupes marginaux dans notre société rurale sont, essentiellement, les paysans nécessiteux et les paysans pauvres.

### **Paysans nécessiteux**

Sont ceux qui ne peuvent pas acheter ou louer de la terre. Les travailleurs agricoles c'est le groupe qui pour vivre rélevant du salaire gagné en travaillant pour des autres. Ce groupe atteint 71% de la main d'œuvre permanente engagée dans l'agriculture égyptienne. Ces travailleurs se rejoignent en groupe pour travailler dans une place différente à leurs villages et ils commencent à 7 ans. D'usage, ils sont des habitants du Delta ou Haute-Egypte.

### **Paysans pauvres.**

La majorité des paysans on peut les classer dans cette catégorie des paysans pauvres qui atteignent 50% des familles des rentiers (propriétaires et loueurs). Ici on inclue des paysans necessiteux qui louent une petite surface pour vivre d'apries leurs recettes et, de cette manière ils évitent travailler pour les autres, en particulier comme travailleurs engagés. La situation de ces paysans c'est ne pas très differente de la des paysans necessiteux, parce que la production de sa terre n'est pas suffisante pour les besoins de leur famille et, pourtant, ils doivent chercher une autre entrée en travaillant pour des autres, et ses fils travaillent comme migrants dès leur enfance. Parmi des autres groupes marginaux de la société rurale y sont des petits artisans, des marchands ambulants, travailleurs domestiques et ces qui font des services individuels. Ce groupe atteint 33% des habitants de la société rurale.

A la lumière des récents changements dans le régime d'emploi, ils se sont trouvés des nouvelles chances pour quelques catégories des groupes marginaux. Quelques de ces groupes ont réussi à

améliorer leur niveau de vie. Beaucoup d'entre eux sont allés vers les cités et alors ils représentent l'emploi marginal dans les villes, comme cordonniers, marchands ambulants, garçons de petit café.

Notre gouvernement s'est engagé à donner des soins médicaux et sécurité sociale pour tous les citoyens. En fait, l'état a adopté dès 1960 le système de planifier le développement économique et social, mais le chemin est aussi long et ardu à cause de beaucoup de choses, comme:

1. La zone peuplée d'Egypte atteint uniquement environ 3%, autant que le reste est désert dans les deux côtés du Nile et Sinai.
2. La rapide augmentation de la population avec un taux d'accroissement de 3.3%.
3. L'Egypte a lutté en quatre batailles militaires qui l'ont été impossées pendant un quart de siècle.
4. Des difficultés pour réunir l'argent nécessaire pour mettre en marche les programmes de développement.

Ensuite il y a un tableau qui montre le chiffre d'emploi dans des groupes marginaux en Egypte, la main d'oeuvre travaillant atteint quinze ans et plus.

#### **VOLUME ET STRUCTURE D'EMPLOI DANS LE SECTEUR DES SERVICES MARGINAUX DANS L'EGYPTE**

Type d'activité	Chiffres (en milliers)	Pourcentage
Marchands ambulants et vendeurs de journaux	148.3	44.5%
Cuisinier et garçon de café	10.5	3.1%

Type d'activité	Chiffres (en milliers)	Pourcentage
Services individuels pour la famille, travailleurs de garage...	58.2	17.4%
Lavage et repassage de vêtements	9.1	2.7%
Coiffeuses et coiffeurs	17.9	5.4%
Autres services marginaux non-classifiés	16.7	5%

La fonction des Organisations d'Assurance Sociale et des Sociétés du Bien-être Social.

#### **A. Organisations d'assurance sociale:**

Le Ministère d'Assurance Sociale a délivré la loi 112/1980 pour l'assurance étendue des catégories de main d'oeuvre dans l'emploi casuel qui n'ont pas un travail ou un salaire régulier ou stable. Ce régime protège les suivantes catégories d'âge entre 18-65 ans:

1. Travailleurs agricoles casuels.
2. Travailleurs migrants.
3. Propriétaires et loueurs de terre agricole, moins de 10 *feddans*.
4. (Propriétaires de terre agricole (sans possession), moins de 10 *feddans*.
5. Travailleurs pêcheurs.
6. Petit travailleurs indépendants, comme marchands ambulants et petits artisans.

7. Travailleurs domestiques et similaires.
8. Propriétaires de canots et transpors légers qui n'ont pas d'employés.

Cette loi protège environ à 4 millions des nationaux.

Ce régime relève du financement indirect et aussi des cotisations nominatives des assurés (30 p. T/mois) payés avec une estampille attachée à la carte de l'assuré, étant délivrée par l'ordinateur du S10 et renouvelée tous les trois ans. Cette cotisation lui offre une pension égale à 20 dollars américains par mois, en cas de vieillesse, invalidité ou à ses bénéficiaires en cas de décès.

La méthode de financement de ce schéma est similaire à les ordonnances de la législation Islamique et elle présente une réelle personnification d'équité parmi les membres de la société.

Le financement de ce système se relève en forme indirecte de certains impôts des personnes capables, propriétaires de terre agricole et jardins fructueux, et d'autre part des revenus de cotisations du régime d'assurance sociale pour les agents de l'Etat et du secteur public. Néanmoins, ces sources ne peuvent pas être comparées avec le volume de cotisation de la Banque Sociale Nasser, qui atteint 2% du bénéfice net des agences économiques du secteur public, qui en réalité représentent le "Zakat" de l'activité de ces unités.

### **B. Bien-être Social pour les groupes marginaux:**

Dans l'Egypte, le Ministère des Affaires Sociales partage avec d'autres organismes gouvernementaux et non-gouvernementaux et des agences de volontiers, le renforcement de la société égyptienne.

Pourtant ils ont le but de permettre des individus de se contenter de leurs ressources disponibles en vue de les préparer pour une vie communale appropriée pour les entamer dans leurs habilités et les conduire à leur contribution dans les projets pour éle-

ver leur niveau social, économique et culturel. Le Ministère d'Affaires Sociales essaie d'atteindre ces buts, à travers des projets pour combattre l'analphabétisme, et l'installation des petites industries, institutions pour la réhabilitation sociale des artisans familiaux rentables, centres de formation professionnelle, et les divers programmes de formation qui font usage des installations en disponibilité dans les communautés locales.

Pour avoir une perspective totale des services offerts par le Ministère d'Affaires Sociales aux sociétés rurales en général, nous devons étudier l'expérience d'une des provinces de la République Arabe d'Egypte, El Menufia qui est une des plus grandes et qui compte avec presque 3 millions d'habitants.

Là, il y a 88 unités sociales affiliées au Ministère d'Affaires Sociales, en plus de 558 sociétés volontaires. Ces sociétés participent dans plusieurs projets d'appui aux groupes marginaux de la société rurale, en les donnant divers types de formation professionnelle pour satisfaire les requêtes locales et externes. Elles aident à préparer les jeunes filles pour coudre et faire artisanats à la main pour contribuer aux recettes familiales. Il y a aussi 318 projets pour des différents industries et artisanats, dont le but c'est d'aider à des familles productrices. On compte avec 4 centres vocationaux, ainsi que 194 institutions pour l'enseignement des jeunes filles à coudre et à élaborer des artisanats divers et aussi, on compte avec trois bureaux pour la protection des délinquants dans le domaine de la défense sociale, établis dans les villes principales.

### **Le Nouveau Projet de Développement d'El Manufia.**

L'Agence Internationale pour le Développement (AID) des Etats Unies, avait offert une subvention de 2 millions de dollars pour ce projet et elle participait dans divers milieux, comme l'augmentation d'institutions de formation pour les jeunes qui s'élevait de 60 à 207, les centres de formation vocationale qui ont augmenté de 143 à 157, les projets pour des familles productrices qui ont monté de 61 à 1700 et, en plus, d'autres projets pour doter des médicaments et appareils pour améliorer les services

qui fournissent les unités de santé et les centres de planification familiale.

### **Soins de Santé:**

Cette province fournit soins médicaux pour ses nationaux dans dix grands hôpitaux situés dans les villes. La capacité de chaque hôpital varie entre 163 et 497 lits avec traitement médical gratuit ou avec des cotisation nominatives. Il y a encore 101 unités rurales de santé et une école de santé.

Pendant la période 83/84, ces hôpitaux et unités ont été dotés de médicaments avec une valeur d'environ 2 millions de livres égyptiennes.

### **Projets d'habitation.**

Pendant le programme 82/83, dans les villes et villages de la province ont été construites 440 unités, avec un coût d'environ 2 millions de livres égyptiennes. D'autres 2 millions ont été investis dans le plan 83/84 pour compléter l'établissement de 370 unités de logement et, aussi, 8 édifices pour donner logement en cas d'une catastrophe inespérée.

Les projets pour le développement du réseau d'eau et drainage ont été, aussi, commencés dans les villes et villages de la province, selon l'accord signé avec le gouvernement suédois. Les fonds réunis pour la réalisation de ce projet montant à 60 millions de dollars pendant une période de 4 ans.

Le Ministère d'Agriculture a élargi le projet du "petit agriculteur", qui fut initié dans trois provinces. On a assigné 34 millions de dollars pour s'occuper de 4,500 agriculteurs et, après, l'AID a augmenté sa participation dans le projet pour s'occuper de 50,000 agriculteurs. L'idée est de donner des prêts pour faire produire la terre, mais sans donner les garanties traditionnelles sur la même terre ou les propriétés agricoles. Dès les premières années, on va couvrir 100,000 paysans, en accordant 150 millions de livres égyptiennes pour des prêts sans intérêts, pendant l'époque

de production. Le projet a obtenu des résultats excellents et, il est prévu de couvrir à 250,000 paysans pendant les prochains 4 ans.

La Banque Sociale Nasser et les Services qu'elle offre aux groupes marginaux.

La banque avait été établie par décret présidentiel en 1971.

Aujourd'hui, elle a 23 filiales dans toutes les capitales des provinces. Son but essentiel est d'élargir la base de la garantie sociale entre tous les citoyens. A cet égard, elle a les responsabilités suivantes:

1. Imposer une pension et un régime d'assurance pour tous ceux qui n'ont pas les bénéfices des régimes de pensions et d'assurance sociale.
2. Accepter les dépôts, en especial les dépôts d'épargne, et régler leur placements, en accord les règles islamiques, dans les différents domaines qui servent pour le développement économique et social.
3. Permettre que les professionnels acquièrent les outils productifs avec des facilités de paiement par des versements sans intérêts.
4. Recueillir l'argent pour le Zakat (imposé par la religion aux musulmans et qui devait être dispensé avec des objectifs de bienfaisance), et l'investir dans l'accroissement des centres de formation pour coudre, brader, et petites industries, dans le but de faire que les ayants droit d'Al-Zakat, donnent leur énergies productrice pour l'appui des producteurs de la société.

#### **La Banque Nationale Nasser fait les prêts suivants:**

1. Prêts sociaux.
2. Prêts productifs.

3. Prêts pour pèlerinage.
4. Prêts pour étudiants universitaires.
5. Dépenses des femmes divorcées.

En réalité, elle fait beaucoup des services sociaux pour les groupes marginaux ruraux et urbains.



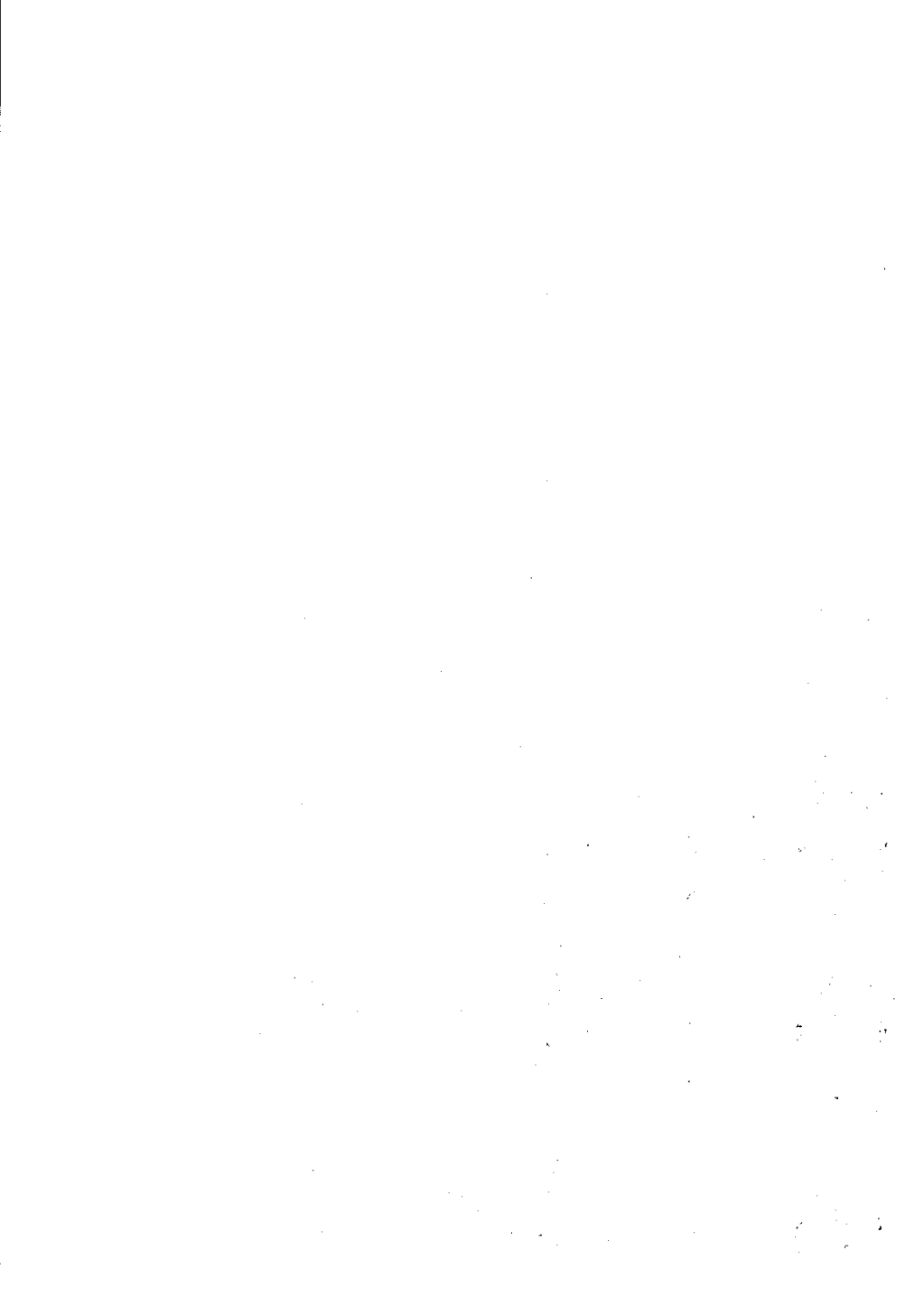


# L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE AUX GROUPES MARGINAUX DE REGIONS RURALES EN EGYPTE\*

Noshy Abbas Ramadan\*\*

\* Document présenté par la délégation d'Egypte.

\*\* Directeur de l'Administration Juridique de l'Institut Général de l'assurance et des pensions.



## L'évolution historique

L'attribution de pensions par l'état à ses anciens agents remonte à une époque très reculée. La première période du régime d'assurance sociale égyptien revient à plus de 130 ans dans de nombreuses lois et législations des pensions civiles des fonctionnaires de l'Etat, des employés et des ouvriers civils se sont poursuivies depuis 26-12-1854.

Mais relativement aux employés qui ne sont pas dans le secteur gouvernemental, ils ont été couverts par le régime de l'assurance sociale sous forme de régime obligatoire et des prestations d'une somme/forfaitaire dans les cas d'invalidité et de décès et cela suivant la loi no.419 de l'année 1955 et qui a été en vigueur à partir de 1-4-1956.

Et en 1958 un régime obligatoire d'assurance, de prestations pour accidents de travail et des maladies professionnelles à été déclaré par la loi no.202 de l'année 1958 et a englobé tous ces employés.

A partir de 1-8-1959 la loi des assurances sociales no.92 de l'année 1959 a remplacé les deux lois no.419 de l'année 1955 et 202 de l'année 1958 et il y a eu l'évolution de la somme/forfaitaire dans les cas de l'invalidité et de décès qui se convertit en pensions et le régime d'épargne a évolué et il est devenu un régime de pensions de vieillesse à partir de 1-1-1962.

Le 21-3-64 c'est la déclaration de la loi des assurances sociales no.63 de l'année 1964 partant création à l'assurance maladie (progressivement et l'assurance chômage à partir de 1-10-1964).

Et le 21-8-1975 la loi no.79 de l'année 1975 a remplacé les législations de pensions civiles des employés gouvernementaux et les législations des assurances sociales des employés du secteur public et privé et cela à partir de 1-9-1975.

Enfin la loi no.79 de l'année 1975 à été modifiée, une modification essentielle, par la loi no.25 de l'année 1977; de même quel-

ques articles ont été modifiés par la loi no 30,32 et 44 de l'année 1978, no.93 de l'année 1980, no.61 de l'année 1981. Enfin la loi no.47 de l'année 1984.

**Régime de l'assurance  
sociale des Catégories de la main  
d'oeuvre dans le secteur des  
ouvriers non-réguliers  
(groupes marginaux des régions rurales)**

Le but de ce régime est de recouvrir toute la force travaillante dans le secteur des travailleurs non-réguliers qui sont exclus de tous les autres régimes de pensions (par exemple: les travailleurs agricoles.)

Le régime de l'assurance sociale d'oeuvre dans le secteur des ouvriers non-réguliers qui n'ont pas été couverts par les lois des pensions et de l'assurance sociale a promulgué par la loi no.112 de l'année 1975.

A partir de 1-7-1980 la loi no.112 de l'année 1980 a remplacé la loi no.112 de l'année 1975.

Cette loi expose le régime de l'assurance en trois parties:

La première partie étudie le champ d'application de ce régime.

Le régime de l'assurance promulgué par la loi no.112 de l'année 1980 s'applique à environ 4,2 millions citoyens ceux dont l'âge est de 18 à 65 ans des catégories suivantes:

1. Les travailleurs agricoles temporaires et les activités relatives y compris les travailleurs sujets à être déplacés.
2. Les travailleurs dans l'activité de la pêche qui utilisent des barques à voiles.
3. Les possesseurs des terrains agricoles inférieurs à 10 feddans.
4. Les possesseurs des immeubles dont la part de chacun le revenu est inférieure à 250 livres par an.

5. Les petits travailleurs pour leur propre compte et qui n'exercent pas leur travail dans un magasin déterminé.
6. Les travailleurs des services domestiques de maison.
7. Les possesseurs des barques à voiles et qui n'utilisent pas de travailleurs.
8. Les possesseurs des moyens de transport légers et qui n'utilisent pas de travailleurs.

Deuxième Partie: sources de financement. Les sources de financement du régime de l'assurance sociale promulgué par la loi no.112 de l'année 1980 se divisent en deux moyens:

1. Financement direct:

Au moyen des assurés et cela en collant des timbres d'une valeur unifiée mensuellement sur le carnet d'assurance qui lui est fourni et la cotisation mensuelle de 30 piastres.

2. Financement indirect:

Au moyen d'exiger des taxes sur les différentes activités qui profitent des services des catégories assurées et cela comme suit:

- Les sommes désignées en faveur de l'assurance dans le bilan de la banque Naser sociale.
- Un pourcentage des cotisations du régime de l'assurance sociale promulgué par la loi no. 79 de l'année 1975 (2% de cotisations annualité).
- Une taxe équivalente à 1 livre versée par l'assuré pour obtenir les permissions de travail ou pour les renouveler.
- Un pourcentage équivalent à la moitié des bateaux de pêche.

- Une taxe annuelle versée par le possesseur des terrains agricoles équivalente à 25 piastres pour chaque Feddan, 500 piastres pour chaque feddan de jardin.
- Une taxe équivalente à 10 piastres pour chaque unité de mesure de récoltes.
- Toute autre somme avec laquelle l'état contribue.

Troisième Partie: Les bénéfices de l'assurance.

Ce régime englobe l'assurance de vieillesse invalidité et décès.

Cas d'avoir à la pension et son montant:

1. Pension mensuelle unifiée équivalente à 10 livres (devenues 12 livres par la loi no. 61 de l'année 1981), l'article 13-dans les cas de décès et d'invalidité totale permanente.
2. Pension mensuelle unifiée équivalente à 10 livres sa pension s'addate en cas de décès invalidité et en cas d'atteindre l'âge de 65 ans des catégories qui sont exclues de tous les autres régimes de pensions.
3. Frais Funéraires en cas de décès de l'assuré et la pensionnaire (20 livres).

### **Condition d'avoir droit à la pension.**

1. Pension de vieillesse:

La loi no.112 de l'année 1980 exige pour avoir droit à la pension de vieillesse une période de cotisations dans le régime équivalente à 120 mois au moins.

2. Pension d'invalidité et de décès:

Le régime exige pour avoir droit à la pension d'invalidité ou de décès de verser les cotisations dues de la date de bénéfici-

ces jusqu'à la fin du mois précédent la date de l'accident ou du décès et que la période de cotisations ne soit pas inférieure à 6 mois ou 3 mois.

**Observation:**

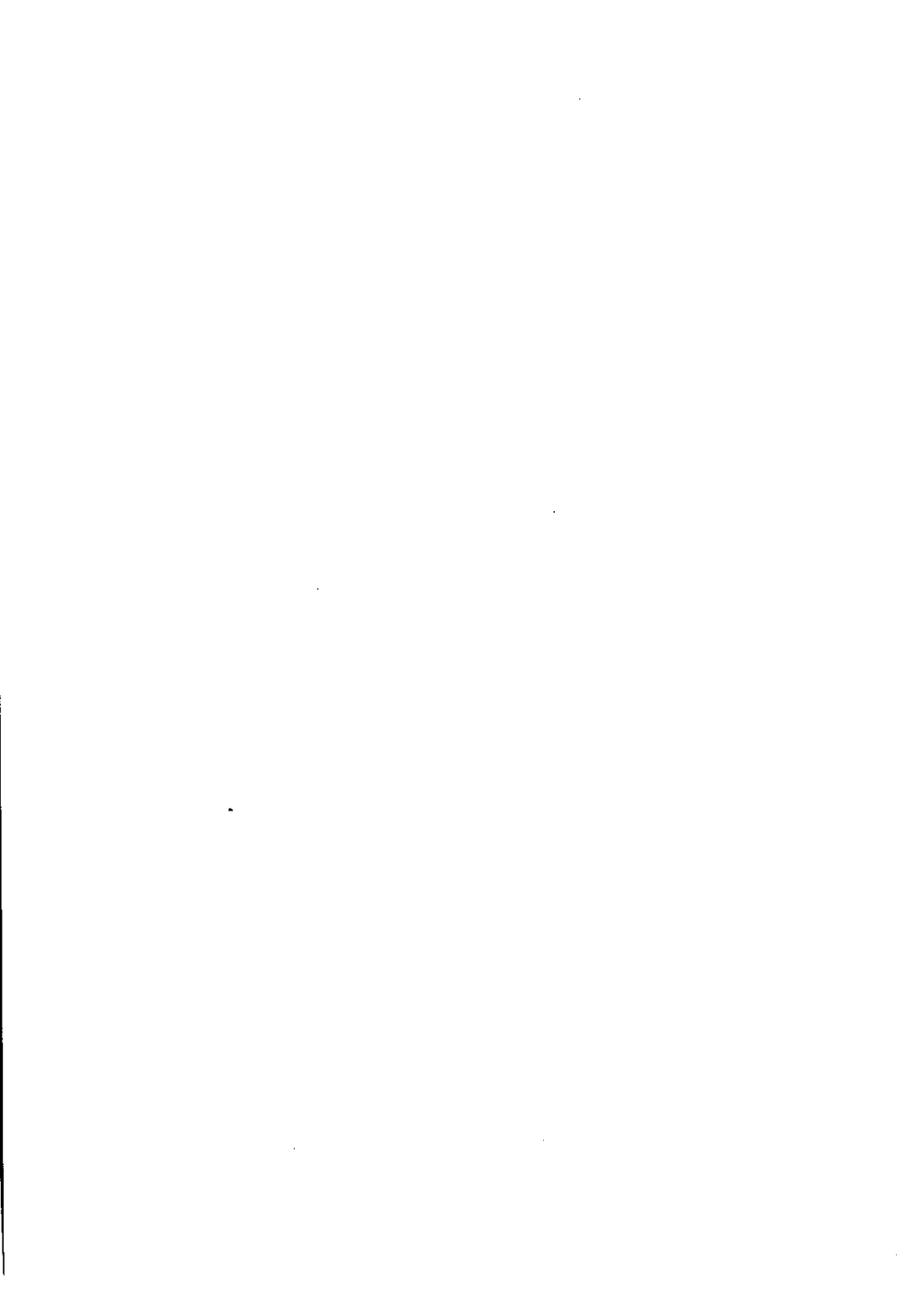
- Les ayants droit à la pension de décès sont la veuve et les orphelins.
- La caisse de ce régime est administrée par l'institution de l'assurance sociale sous la surveillance du ministère de l'assurance.







Membres du présidium en écoutant la présentation du Programme IMSS-COPLAMAR. Lic. Gabino Fraga Mouret, le Secrétaire Général de l'IMSS, préside la séance.

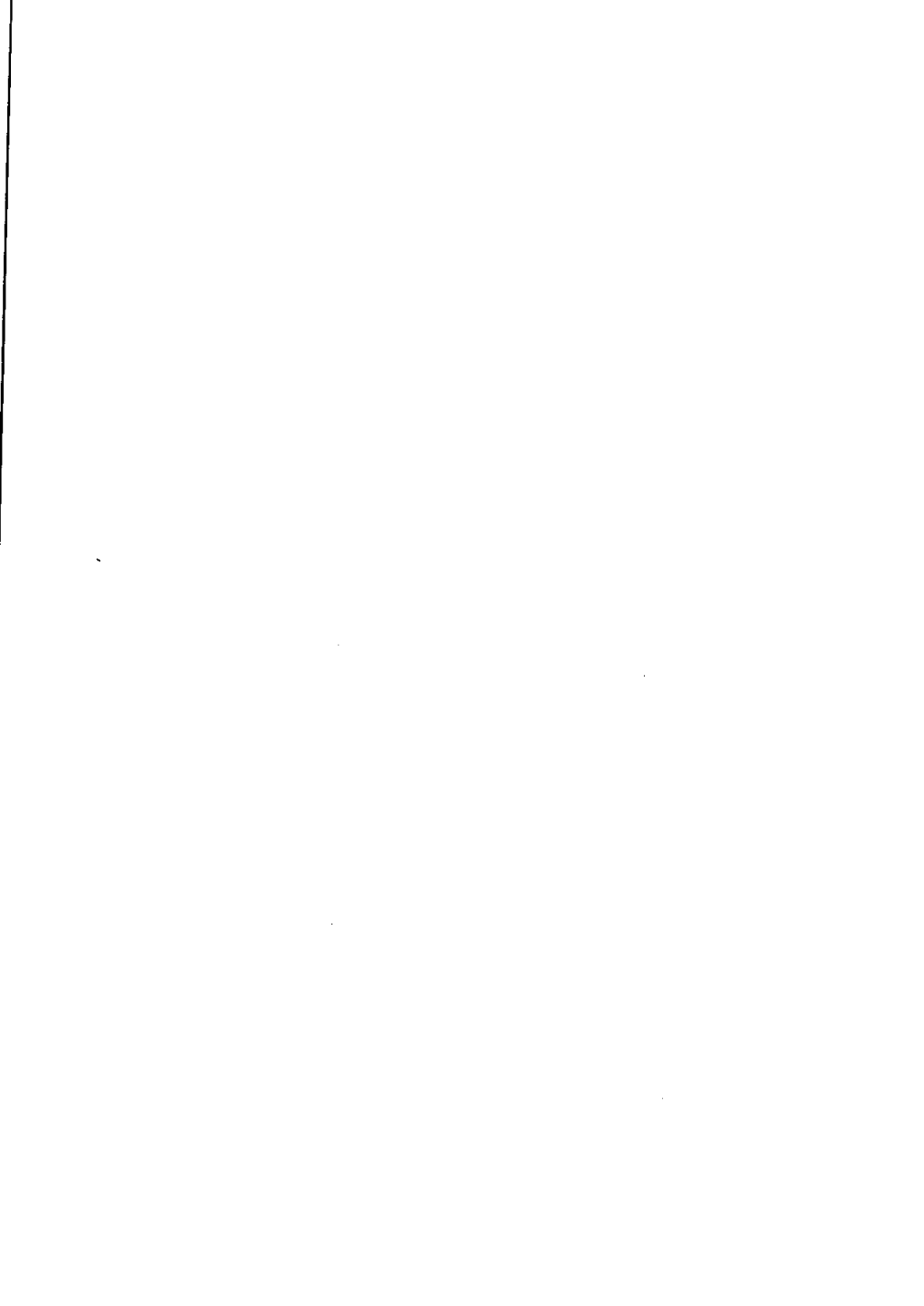


# L'ATTENTION A LA COMMUNNAUTE RURALE EN COREE\*

Yeon Ha-cheong\*\*

\* Document présenté par l'Institut de Développement de Corée

\*\* Docteur en Economie et Chef de Recherche de l'Institut de Développement de Corée et Chercheur du Programme Takemi de Santé Internationale de l'Ecole de Santé Publique, Université d'Harvard.



## DERNIERES AVANCES DE L'ATTENTION A LA SANTE

Même si les conditions sanitaires ont amélioré considérablement pendant les dernières décades, en Corée un des aspects sociaux le plus important est l'octroi de l'attention médicale. Actuellement, on considère qu'un programme d'assurance médicale au niveau nationale est un élément fondamental de la politique nationale de l'attention à la santé en Corée. Evidemment, le souci à cause de la santé du peuple coréen n'est pas récent. Le nouveau degré de conscience établit que la santé est une des dimensions plus importantes du développement national et que son progrès a besoin d'un effort concerté dans tous les secteurs du développement. Aujourd'hui, on prend des mesures de développement de la santé comme une partie d'un énorme programme de développement socio-économique visé à améliorer le bien-être général du peuple.

Le 1er juillet 1977 Corée entreprit un nouveau programme d'assurance médicale visé à améliorer la santé nationale et à élargir la sécurité sociale en vue de faciliter l'accès à l'attention médicale aux cas de maladie, blessures, accouchement ou décès. Au début, la nouvelle loi établit un programme en deux parties qui comprenait: (1) un plan qui exigeait aux patrons avec 500 travailleurs ou davantage, l'octroi des allocations spécifiques d'assurance médicale à leur employées —(Genre I); et (2) un plan au sujet de la communauté qui octroyait l'assurance médicale à la population restante (Genre II). On disposait aussi d'inclure d'une façon volontaire, les compagnies qui employaient moins de 500 travailleurs. Plus tard, en juillet 1979 l'exigence de couverture obligatoire était changée en vue d'inclure les compagnies qui avaient au moins 100 travailleurs. Le 1er juillet 1979, en accord avec une législation complémentaire, les fonctionnaires du gouvernement, le magistère et le personnel assistant des écoles privées étaient considérés comme des sujets d'assurance obligatoire. Depuis janvier 1980 les dépendants du personnel militaire et depuis juillet 1981 les pensionnaires et leurs dépendants sont aussi protégés par ce régime d'assurance.

Le Tableau 1 montre la distribution de la population couverte par programme et par catégorie pendant l'année 1982. Le Tableau 2 contient la quantité totale de personnes couvertes tant par l'assurance médicale que par les régimes d'assistance médicale pendant le cinq derniers ans, y compris le buts de la couverture planifiée pour la Cinquième Période de Développement Socio-économique (1982-1986).

**Tableau 1. Personnes couvertes par l'Assurance Médicale, par Programme et Catégorie. Corée 1982 (en milliers)**

	Assurés	Dépendants	Total
Population générale	3,206	4,962	8,168
Couverture obligatoire (Genre I)	2,733	4,962	7,695
Couverture obligatoire (Genre II) <sup>1</sup>	473	—	473
Métiers spécifiques	962	2,951	3,913
Travailleurs du Gouvernement <sup>2</sup>	847	2,644	3,490
Maîtres et Personnel d'Appui	115	307	423
<b>Total</b>	<b>4,169</b>	<b>7,923</b>	<b>12,081</b>

Source:

En ce qui concerne les chiffres de la population en général, Fédération des Sociétés Coréennes d'Assurance Médicale.

En ce qui concerne les chiffres de Métiers spécifiques, Corporation d'Assurance Médicale Coréenne.

Remarques:

1 Ce chiffre représente la quantité de personnes couvertes par l'Assurance Médicale obligatoire du Genre II pour travailleurs indépendants dans 6 projets de témoignage en juillet 1982.

2 Les dépendants du personnel militaire et des pensionnaires sont inclus.

C'est intéressant d'observer la vitesse avec laquelle la couverture de la population a augmentée pendant une période de cinq ans: à peine 8.8 pour cent de la population totale en 1977 et 30.7 pour cent en 1982. L'actuel Cinquième Plan Quinquennal de Développement a comme but en 1986 l'élargissement de la couverture de l'assurance médicale en 57.0 pour cent de la population. La couverture pourrait atteindre 65.9 pour cent en 1986 si les personnes qui ont droit aux allocations d'assistance médicale non contributive sont compris.

En accord avec la loi de 1976, le programme d'assurance médicale est géré d'une façon indépendante par des sociétés d'assurance formées dans les compagnies individuelles et dans les parcs industriels (Genre I) et, en ce qui concerne les travailleurs indépendants et d'autre genre, par des organismes administratifs de la ville et de la campagne (Genre II). Dernièrement, on a centralisé l'examen de réclamations et son paiement à la Fédération de Sociétés Coréennes d'Assurance Médicale.

La Corporation Coréenne d'Assurance Médicale fait l'administration du recouvrement des primes et les remboursements aux employés du gouvernement, aux maîtres des écoles privées et aux dépendants des militaires.

En même temps, le programme d'assistance médicale non-contributive pour des indigents et des personnes de salaires faibles fut promulgué en 1976 et entra en vigueur le 1er janvier 1977. Selon ce programme, environ 643,000 indigents sans ressources pour le paiement de l'attention sanitaire, ont droit actuellement au traitement médical financé par le gouvernement, y compris les consultations externe ou interné. D'une façon similaire, 3.085,000 personnes avec des ressources limitées ont le droit d'obtenir d'attention médicale de consultation externe payée entièrement par le gouvernement, aussi bien que consultation interne, le 50 pour cent étant versé par le gouvernement. D'autre part, le gouvernement fait l'octroi d'emprunts sans intérêt pour le versement du 50 pour cent restant. Le chiffre de personnes qu'actuellement profitent de ce programme est d'environ 3.7 millions (Voir Tableau 2).



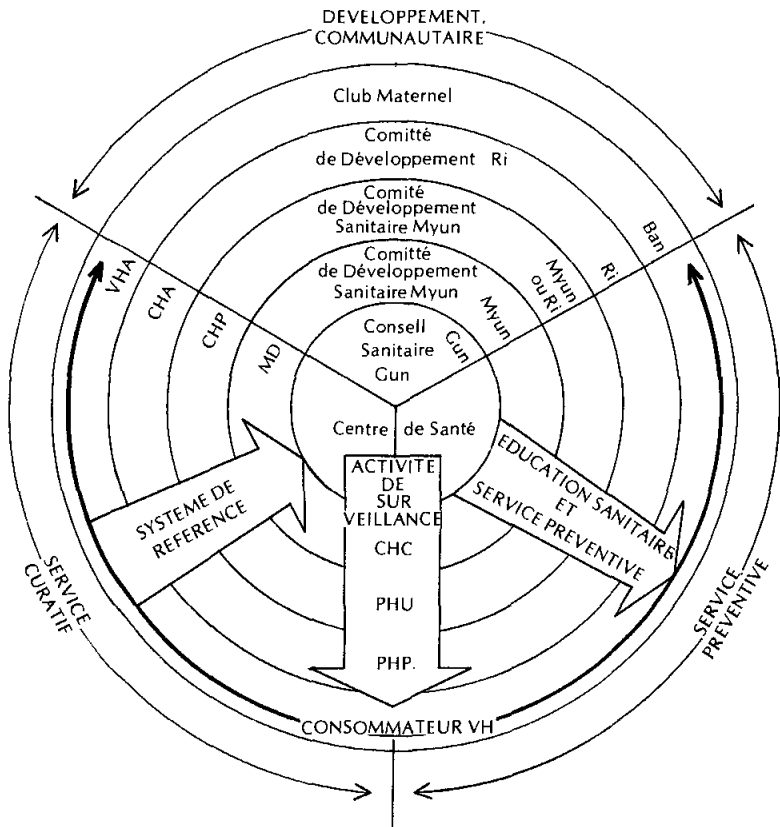
**Tableau 2 Couverture des Programmes de l'Attention Médicale de Sécurité Sociale, Corée, 1977-1986**  
**- Population Couverte -**

Année	Population	Quantité (en milliers)			Pourcentage de la Population (%)		
		Total	Assurance Médicale	Assistance Médicale	Total	Assurance Médicale	Assistance Médicale
1977	36,436	5,307	3,212	2,092	14.6	8.8	5.8
1978	37,019	5,928	3,833	2,095	16.0	10.4	5.7
1979	37,605	9,921	7,787	2,134	26.4	20.7	5.7
1980	38,124	11,000	8,857	2,143	28.8	23.2	5.6
1981	38,723	14,551	10,823	3,728	37.5	27.9	9.6
1982	39,331	15,811	12,081	3,730	47.7	38.4	9.3
1983	39,951	19,083	15,353	3,730	47.7	38.4	9.3
1984	40,578	20,019	16,289	3,730	49.3	40.1	9.2
1985	41,209	26,607	22,877	3,730	64.6	55.5	9.1
1986	41,839	27,567	23,837	3,730	65.9	57.0	8.9

Source:

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Cinquième Plan Quinquennal de Développement Socio-économique (1982-1986) Planification de la Santé, 1981. 3.

Figure 1. Système Rural des Services de Santé en Corée



Remarque: Les abréviations signifient:

- MD:** Médecin.
- CHP:** Médecin Stagiaire Sanitaire de la Communauté (infirmière stagiaire).
- CHA:** Assistant Sanitaire de la Communauté (travailleur général).
- VHA:** Agent Sanitaire du village.
- CHC:** Centre de Santé Communautaire.
- PHU:** Unité de Santé primaire.
- PHP:** Poste de Santé primaire.

## L'ATTENTION DE LA SANTE DE LA COMMUNAUTE RURALE EN COREE

Un des problèmes principaux qui fait nécessaire en Corée un régime de santé est l'accès à l'attention sanitaire. Comme dans les autres pays en voie de développement, les problèmes dans le domaine économique et géographique font l'exclusion de beaucoup de résidents ruraux du système d'attention sanitaire.

En peu de mots, les services de santé pour la population rurale sont complètement inadéquats. Pourtant, on a vu le besoin urgent de développer et organiser un nouveau et plus effectif système de l'octroi de services de santé, le plus vaste possible, en vue d'octroyer une attention sanitaire adéquate à la population rurale. L'intégration des services de prévoyance et curatifs avec des méthodes effectives de référence qui ont commencé par l'essentiel, doit être une partie fondamentale du nouveau système. Devant l'actuelle situation difficile, le gouvernement coréen a pris comme but essentiel la revision et l'enforcement du système publique de santé rurale, de telle manière qu'il puisse octroyer des services curatifs, de même que de prévoyance et de promotion, au moins aux deux tiers des résidents ruraux. On a mis un intérêt spécial sur le concept suivant: le but essentiel de ce projet est développer un nouveau système qui doit octroyer une meilleure attention sanitaire aux coréens. En vue d'atteindre ce but, on a développé un projet démonstratif avec l'adoption d'une stratégie multiple qui a les objectifs suivants:

- a) Réorganiser l'actuel système de santé public à la campagne, avec l'inclusion de l'intégration des services de santé curatifs, préventifs et de promotion au centre de santé et dans les installations rurales d'attention sanitaire, ainsi qu'entre eux.
- b) Améliorer le rôle et les fonctions du personnel de la santé actuel avec une fonction seulement et, quelque chose d'important, créer un nouveau contingent de paramédecins entraînés cliniquement en vue de soigner les maladies communes et d'autres façons de base de l'attention sanitaire

dans les centres de santé d'un niveau inférieur à ce qui est créée, et d'un accès facile pour les villages.

- c) Créer une base communautaire pour le système, y compris à chaque localité un comité local de santé et plusieurs volontaires qui informent leurs voisins sur la santé, qui fassent la liaison étroite de la communauté avec le système dans l'ensemble et, qui fasse possible un nouveau système de *planification en haut, d'appui en bas*.
- d) Employer le versement en avance, l'assurance de la santé ou d'autres méthodes en vue d'essayer des choix pour le financement des services communautaires de santé.

### 1) Un système global de l'octroi des services.

Le Projet d'Exposition Sanitaire a été développé comme un essai en vue d'améliorer le système de l'octroi des services de santé à la population rurale, étant le but essentiel du programme le développement de l'accès et l'usage des modernes installations sanitaires.

Avec des objectifs d'exposition, le gouvernement essayait de créer un modèle d'acceptation facile, pratique et effective pour l'octroi global des services de santé pour la communauté.

Pourtant, le système à été planifié en vue de fonctionner comme un Système Global d'Octroi des Services de Santé:

- a) En fournissant l'assessoriat de l'attention primaire à la santé, ainsi que l'attention préventive et thérapeutique pour deux tiers de la population qui doit être couverte; ainsi que l'établissement des autres unités de services comme centres de santé, des centres de santé communautaire, des unités primaires de santé, des postes primaires de santé et des centres d'accouchement;
- b) Avec l'introduction de nouveaux types de personnel sanitaire comme des stagiaires sanitaires communautaires (SSC),

des assistants sanitaires communautaires (travailleurs généraux ASC), des promoteurs de la santé et des agents de la santé au village (ASV) en vue d'organiser la demande des services étant d'utilité avec un autre genre de personnel sanitaire, en particulier les accoucheuses, les fonctionnaires de la santé et les médecins. En vue de diviser la responsabilité de l'attention sanitaire entre les différents genres de personnel, on peut octroyer les services d'une manière effective tant les services déjà mentionnés comme les services de prévoyance.

On a considéré que le projet peut atteindre au mieux ses objectifs à longue échéance par l'utilisation au maximum du personnel qui était déjà assigné aux secteurs d'exposition. Cependant, on a aussi reconnu qu'en vue d'améliorer les services de santé, tant de qualité que de quantité, il fallait engager du personnel sanitaire supplémentaire. Dans les deux cas, on a considéré nécessaire orienter et préparer le personnel qui travaille dans le système des services au niveau d'attention primaire de la santé, y compris ceux qui avaient reçu d'entraînement dans les autres activités liées à la santé.

Au début, on a donné priorité à l'entraînement des travailleurs de genres suivants, de telle manière qu'ils puissent remplir les fonctions centrales en vue d'améliorer le système de l'octroi des services sanitaires dans les secteurs d'exposition:

<b>Nouvelle fonction/titre</b>	<b>Ancienne fonction/titre</b>
1. Médecin de la Communauté (MC)	Médecin/Médecin Stagiaire avec Li - mite
2. Médecin Stagiaire Sanitaire Communautaire	N'existait pas
3. Assistant Sanitaire Communautaire (ASC)	Infermière Assis - tante
4. Agent Sanitaire de Village (ASV)	N'existait pas

- c) en vue de faciliter le compromis de la communauté, on a établi plusieurs comités de santé comme des endroits de participation communautaire à chaque niveau administratif local.

La façon dont ces dispositions d'organisation ont fonctionné peut s'évaluer tant du point de vue du degré d'institutionnalisation que du rendement.

On peut affirmer que l'efficacité est déterminée par le plan du système, la production du travailleur et la structure informative.

En ce qui concerne le plan, le système a comme but l'accès au maximum malgré la limitation des ressources. A ce sujet la réponse au problème qui concerne l'utilisation des ressources en vue d'organiser des systèmes à trois niveaux selon les possibilités financières, sera influencée par le coût et la relation entre les mesures préventives et curatives, ainsi que par la qualité du service qui doit être octroyé.

Cet exposé a essayé de montrer quelques-uns des principes les plus importants et des leçons qui peuvent se prendre comme expérience du projet d'exposition, qui peuvent aussi être d'une valeur potentielle pour le gouvernement dans le développement d'un système d'attention primaire de la santé qui soit en même temps à longue portée et possible.

Quelques Conclusions Importantes des Leçons de l'Expérience Coréenne au Sujet de l'Attention Primaire à la Santé.

Premièrement, l'élaboration d'un système d'attention primaire de la santé faisable, accessible et qui soit utile pour la grande majorité des communautés rurales en pauvreté, est une entreprise plus compliquée, exténuante et chère de ce qu'on pense en général. Cependant, il faut le réaliser car, sans doute, c'est la façon la plus effective et viable et peut-être la seule façon de satisfaire les importantes besoins essentiels de la santé de la population rurale oubliée pendant longtemps.

Deuxièmement, assurer la participation réelle et extensive des communautés rurales sur la base du système, est compliqué en particulier pas seulement l'intérêt symbolique et indifférent - mais elle est essentielle pour son succès. Sans doute, cela doit trouver un appui solide et/ou d'autre genre d'appui et d'encouragement provenant d'une infrastructure très fortifiée et organisée par dessus du niveau du village.

Troisièmement, en vue de planifier, construire et administrer avec des bons résultats un système d'attention primaire à la santé, il faut le considérer comme un système de secteurs fort inter-dépendants et d'appui réciproque, de même que comme une partie intégrante du milieu culturel socio-économique. Malgré le bon fonctionnement qui peut avoir une innovation en particulier, dans le contexte d'un programme de témoignage, on ne peut pas espérer qu'elle fonctionne de la même façon si elle est séparée du système de témoignage et transférée à un endroit tout à fait différent. En vue d'obtenir des bons résultats, il faut faire attention de l'adapter d'une façon appropriée à toutes les parties restantes du système récepteur.

Ces observations, en général, ne sont d'aucune façon toutes les leçons importantes qu'on peut tirer de l'expérience coréenne. On peut suggérer qu'en examinant cette monographie, les lecteurs essaient de découvrir ce que ce projet de témoignage doit montrer en ce qui concerne des questions si importantes comme: (1) améliorer l'administration et l'efficacité du système d'attention primaire de la santé; (2) les problèmes authentiques qui pose l'intégration d'un service curatif avec l'attention sanitaire préventive, qui est vraiment déficiente dans les secteurs ruraux; (3) l'importance de l'évaluation mais aussi les limitations sérieuses des méthodes chères et sophistiquées en vue d'évaluer les changements en quantités et les influences qui, tout compte fait, peuvent laisser sans réponse quelques-unes des importantes questions opératives de qualité qui sont le principal souci des politiciens; (4) et peut-être, le plus important de tout, les façons pratiques d'assurer que les secteurs les plus pauvres des communautés rurales profitent d'un accès égal et des bénéfices semblables d'un système d'attention primaire de la santé.

## **2) Implications d'une Politique à Longue Echéance du Projet Communautaire Rural**

Jusqu'à maintenant, c'est fort encourageant le progrès du projet en vue de mobiliser les ressources de la communauté et d'élargir les différents genres de médecins de santé communautaire pour l'attention primaire de la santé. Cependant, trois tâches importantes sont en suspens: inculquer à la population en général les concepts de l'attention primaire de la santé, gagner l'appui des dirigeants nationaux pour les changements d'organisation qui doivent soutenir l'effort de l'attention primaire de la santé, développer et utiliser la technologie adéquate de l'attention primaire de la santé.

Une politique nationale effective de l'attention primaire de la santé au profit des abandonnés, impliquera une véritable résolution dans le système de santé. Des changements fondamentaux dans l'attention sanitaire rurale de Corée vont exiger également des changements transcendants dans la structure de l'organisation et dans le système administratif des services sanitaires. Le service sanitaire entier doit être mobilisé en vue de fortifier et d'aider les travailleurs de l'attention primaire de la santé, en les fournissant l'entraînement, la surveillance, les facilités de référence et l'appui logistique, y compris une technologie simplifiée au niveau national et en accord avec leurs besoins.

Malgré sa courte existence, le système d'assurance médicale coréen protège déjà un pourcentage de la population plus haut que d'autres systèmes avec une évolution plus longue. Cependant, la couverture des communautés rurales continue à être inadéquate. Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a pleine conscience de la couverture insuffisante et a l'intention de l'améliorer. Cependant, l'accès physique et financier du personnel de la santé est un problème national en vue d'élargir la couverture aux assurés du Genre II de la population rurale. L'extension pour les régions rurales, les travailleurs indépendants et la classe travailleuse pauvre, pose de nombreux problèmes qu'on peut résoudre peu à peu. Du côté administratif, c'est difficile toucher des cotisations aux travailleurs indépendants ou aux



paysans qui obtiennent seulement des profits par périodes. L'extension de l'assurance de la santé pour la population rurale ne donnera pas les mêmes bénéfices qui peuvent être octroyés dans les villes, à moins d'améliorer remarquablement l'offre des ressources médicales et sa distribution, de même que le transport et la communication étant facilités. Or, il faut trouver le moyen d'aider les secteurs le plus pauvres de la population qui n'ont pas le droit à l'assistance médicale par le versement de la charge contributive à l'avenir.

Avant de faire l'extension considérable de quelques genre d'assurance médicale dans les régions rurales, un système d'attention primaire de la santé planifié et structuré avec des installations convenablement planifiées pour l'attention secondaire et tertiaire, pourrait éviter l'actuel gaspillage que l'assurance médicale renferme dans les opérations des régions rurales, ainsi que le risque d'une escalade de coûts rapide. Si on dépense de l'argent maintenant, en vue de créer un système, on va prévenir des charges à longue échéance pour l'économie, des charges que les pays les plus avancés ont pu contrôler difficilement.

**Annexe Tableau 1. Distribution des Installations de Santé (1978)**

Dimension des Villes et Eups <sup>a</sup>	Quantité des Villes et Eups	Population Totale <sup>a</sup>	Quantité	Quantité des Lits	Quantité	Quantité des Lits	Quantité	Quantité des Lits	Quantité des Hôpitaux e Cliniques Dentaux	Quantité de Cliniques d'Accouchement
Seoul	1	7,823 (21.4) <sup>b</sup>	26	8,741	56	4,587	2,163	5,516	972	150
Busan	1	2,880 (7.9)	5	1,239	24	1,802	708	2,671	180	81
1,000-2,000	1	1,487 (4.1)	4	1,147	8	510	478	1,690	107	15
500-1,000	3	2,212 (6.0)	8	1,812	23	1,081	443	2,975	103	48
250-500	4	1,695 (4.6)	6	1,133	14	1,055	314	1,224	78	41
100-250	20	2,910 (7.9)	6	839	45	2,139	559	3,108	130	90
50-100	6	436 (1.2)	4	364	10	517	219	1,561	60	36
25-50	57	1,882 (5.1)	—	—	25	1,046	327	1,926	97	46
Sub-Total	93	21,304 (58.2)	59	15,275 (100.0)	205	12,737 (96.7)	5,661 (84.1)	20,671 (93.7)	1,727 (81.7)	507 (88.6)
Rest	—	15,304 (41.8)	—	—	7	2,414 3.3	383 15.9	4,618 6.9	63 18.3	65 11.4
Total	—	36,629 (100.0)	59	15,275 (100.0)	212	15,151 (100.0)	6,044 (100.0)	25,289 (100.0)	1,790 (100.0)	572 (100.0)

Sources: MOHA, *Municipal yearbook of Korea*, 1979. (En coréen).  
MOHSA, *Yearbook of Public Health and Social Statistics*, 1979 (En coréen).

Remarques: <sup>a</sup>unité; 1,000 personnes. <sup>b</sup>( ) pourcentage.

**Annexe Tableau 2. Espace d'accès aux Installations de l'Attention Médicale (1979)**

	%						
	Pays Entier	Résidants Urbains			Résidants Ruraux		
		Total	Grande Ville <sup>a</sup>	D'autres	Total	Eup	Myn
Dans 30 Minutes	66.1	97.4	99.8	93.3	38.4	67.3	30.8
Dans 60 Minutes	83.5	99.2	100.0	97.9	69.7	86.8	65.2

Source: Ha Cheong, Yeon, et al, *Analyses of Health Resources and Spatial Accessibility to Medical Care Facilities*, KDI, 1980. (En coréen).

Remarque: <sup>a</sup>Seoul, Busan, Daegu, Gwangju, Daejeon.

MONOGRAPHIE DE LA SITUATION  
DES GROUPES MARGINAUX  
DES ZONES RURALES DE L'INDE\*

B.S. Ramaswamy\*\*

\* Document présente par la délégation de l'Inde,

\*\* Directeur Générale. Corporation de l'Assurance de les Travailleurs de l'Etat.



MESA REDONDA  
ROUND TABLE  
TABLE RONDE



Le Directeur Général de l'IMSS et Président du CPISS, Lic. Ricardo Garcia Sainz, répond aux questions posées par les participants à propos des rapports sur le Programme IMSS-COPLAMAR. M.B.S. Ramaswamy préside la séance.

## **CHARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES, DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES:**

L'Inde, qui est une fédération d'états, est le septième pays au monde pour la superficie (près de 3 288 000 de kilomètres carrés). Les chaînes de montagnes et la mer, qui séparent le pays du reste de l'Asie, en font une unité géographique distincte. La partie continentale se compose de quatre régions clairement définies, soit une grande région montagneuse, les plaines du Gange et de l'Indus, une zone désertique et la péninsule méridionale. Le territoire comporte, en outre plusieurs îles. En 1981 la population de l'Inde était de 683,81 millions ce qui indiquait un accroissement de 24,75 pour-cent survenu pendant une période de dix ans. Les femmes représentent environ 48,28 pour-cent de la population totale. Les causes principales de l'accroissement de la population furent une baisse de la mortalité attribuable aux améliorations apportées dans le domaine de la santé, un contrôle efficace des épidémies, les solutions apportées au problème de la famine, une amélioration des conditions générales et le développement économique. La mortalité est passée de 27.4 pour mille à 14,8 et l'espérance de vie de 32,7 à 52. Toutefois il n'y pas eu de baisse sensible de la natalité. La densité moyenne de la population est d'environ 221 par kilomètre carré.

2. L'agriculture représente près de la moitié du revenu national; elle fait vivre presque les trois quarts de la population; elle fournit le gros des biens de consommation utilisés dans le secteur non agricole ainsi que les matières premières pour une partie importante de l'industrie.

3. Le développement des zones rurales et la protection sociale de la population rurale ont été des soucis majeurs du Gouvernement de l'Inde. Celui-ci commença par créer un programme pour le développement des communautés au début des années 1950 ce qui permit d'établir un réseau de services de base pour la vulgarisation agricole et pour le développement dans les villages, tout en sensibilisant les communautés rurales aux voies possibles de développement. Ceci a permis vers le milieu des années 1960 d'introduire plus rapidement les innovations technologiques en

matière d'agriculture, renforcées par l'abolition des propriétés foncières intermédiaires et par la réforme du régime foncier. Des plans quinquennaux successifs ont mis sur pied une infrastructure physique et institutionnelle essentielle pour le développement socio-économique dans de nombreuses zones rurales. Il fut constaté par la suite que plusieurs programmes de développement favorisaient surtout ceux qui possédaient davantage de terres. Aussi, des programmes spécifiques furent-ils conçus au début des années 1970 pour les exploitations agricoles petites ou marginales, pour les ouvriers agricoles et pour ceux dépourvus de terres. Pendant la même décennie des programmes particuliers furent créés pour protéger de bétail, développer les zones touchées par la sécheresse, développer les régions désertiques et établir un régime d'assurance des récoltes. Un programme appelé "Aliments en échange de travail" fut mis en marche en 1977 pour donner du travail aux pauvres des campagnes surtout pendant les périodes de faible emploi. Un deuxième programme, celui des Besoins de base, fut conçu pour mettre en place dans les zones rurales et dans des délais raisonnables certains équipements dans les domaines de l'éducation, la santé, la provision de développement. Ceci a permis vers le milieu des années 1960

#### **Programme des agences pour le développement des petits cultivateurs:**

4. Le Programme des agences pour le développement des petits cultivateurs qui s'adresse aux cultivateurs petits et marginaux et aux ouvriers agricoles fonctionne depuis 1971. L'objectif de ce programme est de venir en aide aux personnes identifiées au sein du groupe-cible pour leur permettre d'accroître leurs revenus. Ces projets mettent l'accent sur les méthodes culturales et notamment la culture intensive, la culture multiple, l'introduction de variétés à haut rendement, l'horticulture, le développement de petits travaux d'irrigation, la conservation des sols, l'aménagement et la mise en valeur des terres. etc.... en insistant sur les méthodes de culture sèche et de culture sans irrigation dans les régions pluvieuses. Ces agences s'occupent également d'activités subsidiaires telles la production laitière, l'élevage des vaches, de porcs, de chèvres et de moutons. Le gouvernement central et les gouvernements des états financent à parts égales

ce programme. Une somme de 750 millions de dollars a été approuvée comme contribution du gouvernement central au plan 1980-85. On espère qu'avant le 31 mars 1985 près de 15 millions de familles auront dépassé la ligne de l'indigence. Le SF-DA a fusionné avec le Programme de développement rural intégré (IRDP) le 2 octobre 1980 et ce dernier s'est étendu à l'ensemble du pays.

### **Programme spécial pour la protection du bétail**

5. Le programme spécial pour la protection du bétail mis en marche en 1975-76 a pour but de donner plus de possibilités d'emploi aux secteurs défavorisés et aux masses rurales. Ce programme est mis en oeuvre par les états sur la base de prêts subsidiaires. Les prêts sont accordés par l'entremise d'institutions. Un projet pris en charge par le gouvernement central pour le croisement dans l'élevage de veaux accorde une subvention de 50 pour-cent pour l'alimentation des animaux aux cultivateurs petits et marginaux et de 66-2/3 pour-cent aux ouvriers agricoles. Un projet du secteur central pour l'établissement d'unités de production de volaille, porcs et moutons accorde des subventions de 25 pour-cent pour les petits cultivateurs, de 33-1/3 pour-cent pour les cultivateurs marginaux et les ouvriers agricoles et de 50 pour-cent pour les tribus prévues dans le projet. Le programme a fusionné avec l'IRDP le 1er. avril 1981.

### **Programme pour les zones exposées à la sécheresse**

6. Le Programme pour les zones exposées à la sécheresse (DRAP) a pour but de développer à long terme les zones qui sont souvent touchées par la sécheresse grâce au développement intégré des ressources locales dans le domaine de l'agriculture et des secteurs connexes. Le programme cherche à accroître la capacité de production dans ces zones afin d'y assurer des revenus et des emplois soutenus, surtout dans les secteurs plus vulnérables de la société rurale. Il cherche ainsi à supprimer la nécessité de l'assistance en cas de disette et de permettre à ces zones de faire face aux catastrophes naturelles. Le programme a mis l'accent sur le rétablissement d'un bon équilibre écologique, sur la mise en valeur et la gestion des ressources de l'irrigation, sur la conser-



tion des sols et de l'humidité, sur l'afforestation, les pâturages, et sur le développement de l'élevage et de la culture à sec. Comme les principaux problèmes de ces zones découlent de perturbations graves et persistantes de l'équilibre écologique, des soins particuliers sont apportés à l'amélioration des terrains où les animaux paissent en liberté, l'introduction du pâturage contrôlé, l'afforestation, les rideaux protecteurs et les abrivents, la stabilisation des dunes de sable, etc... Ces zones se prêtant au développement de l'industrie laitière, le développement de l'élevage de bovins et d'ovins fait l'objet d'une attention particulière. Le DRAP est financé à raison de 1,5 millions de roupies par bloc par année pour un montant total de 1750 millions de roupies (environ 175 millions de dollars) pour la période 1980-85 dans le secteur central et une contribution pour une part égale des plans de états.

### **Programme pour le développement des déserts:**

7. Le Programme pour le développement des déserts mis en marche pendant la période 1977-78 vise le développement intégré de zones désertiques en élevant la productivité et en améliorant les revenus et les possibilités d'emploi des habitants par l'utilisation optimale des ressources physiques, humaines, de l'élevage et autres. Depuis la création du programme en 1977-78 et jusqu'en mars 1980, les frais encourus furent d'environ 23,2 milliards de roupies (à peu près 2,3 milliards de dollars). Les dépenses pour le plan 1980-85 furent de 500 millions de roupies (environ 50 millions de dollars) dans le secteur central avec une contribution égale des états.

### **Assurance pour les récoltes:**

8. La vulnérabilité des cultivateurs face aux risques et périls découlant de facteurs indépendants de leur volonté souligne la nécessité de prendre des dispositions pour protéger les cultivateurs contre la perte des récoltes. Dans ce contexte la Société générale des assurances de l'Inde a lancé en 1979 un régime-pilote d'assurance pour les récoltes. Ce régime s'appuie sur une approche par zones et couvre la perte de la production par suite de la séche-

resse, de pluies excessives, d'inondations, de gelées, de grêle, de neige, de tempêtes de vent, de cyclones, d'infestations par les insectes, de maladies de plantes, etc... La police d'assurance est émise en faveur des institutions de financement et l'assurance est basée sur les prêts accordés aux cultivateurs pour la récolte. Les gouvernements des états sont coassureurs avec la Société générale des assurances et partagent les primes et les indemnités jusqu'à concurrence de 25 pour-cent. Le Gouvernement de l'Inde subventionne la prime payable par les cultivateurs petits ou marginaux qui sont couverts par les programmes spéciaux tels que l'IRD, le SFDA, etc... jusqu'à 25 pour-cent et les gouvernements des états intéressés contribuent également 25 pour-cent.

### **Programme pour le développement rural intégré:**

9. Afin d'aider les familles les plus pauvres à sortir de l'indigence, en leur fournissant des biens dont ils puissent tirer des revenus et en leur permettant l'accès à des crédits et à d'autres facteurs de production, un nouveau programme, appelé Programme pour le développement rural intégré (IRDP), fut lancé en 1978-79. Il s'adresse à un groupe cible composé des plus pauvres parmi les pauvres et qui comprend des cultivateurs petits ou marginaux, des ouvriers agricoles et non-agricoles, des artisans et des hommes de métier des zones rurales, certaines castes et tribus, et d'ailleurs, toute personne vivant dans l'indigence (des familles d'environ 5 personnes ayant des revenus inférieurs à 3 500 roupies par an). Sur 350 millions d'indigents en Inde, près de 300 millions vivent dans les zones rurales. Il est prévu d'améliorer les revenus de ces familles en créant des emplois et en leur donnant des biens et des ressources productifs. L'IRDP ne prévoit pas d'allocation sectorielle prédéterminée: les investissements dans les différentes activités économiques obéiront à l'intérêt porté par les bénéficiaires à chaque activité ainsi qu'à l'accueil favorable des banques. L'agriculture, l'élevage, la pêche, la sylviculture, les industries rurales et domestiques, ainsi que les activités commerciales et de service sont toutes couvertes par ce programme. L'IRDP, auquel ont été intégrés des programmes concernant l'Agence pour le développement des petits cultivateurs (SFDA) et la formation de la jeunesse rurale pour le travail

indépendant, couvre maintenant l'ensemble des blocs du pays en prenant la famille comme unité de base du développement. Le Sixième plan, qui couvre la période 1980-85, prévoit que 15 millions de familles, à raison de 3 000 familles par bloc, seront directement assistées par ce programme afin d'améliorer leur situation économique et les aider à sortir de l'indigence.

10. Dans les groupes marginaux les femmes se voient forcées à travailler pour augmenter les revenus de la famille. Leur contribution permet d'améliorer la qualité de l'alimentation et de l'éducation des enfants et crée en même temps une attitude favorable envers la condition de la femme au sein de la famille et de la société. L'IRDP cherche aussi à aider ces femmes dans le cadre de différents régimes pour qu'elles aient un meilleur accès aux crédits et à d'autres facteurs de production et puissent ainsi améliorer leur capacité à créer des revenus. Il prévoit aussi d'accorder tous les avantages possibles aux jeunes femmes dans le cadre du projet de formation de la jeunesse rurale pour le travail indépendant en accordant la priorité, en matière de prêts et de subventions, aux femmes chefs de famille. En outre, un programme dit de "Développement des femmes et des enfants des zones rurales" a été lancé dans 51 districts dans le cadre de l'IRDP. Il s'adresse aux femmes des familles des groupes cible pour leur permettre de réaliser des activités rémunérées ainsi que de fournir les services auxiliaires nécessaires.

### **Programme pour l'emploi rural:**

11. Le problème de l'emploi dans les zones rurales est avant tout un problème de chômage et de sous-emploi saisonniers. Il importe de trouver plus de débouchés pour la main d'oeuvre rurale dans les activités agricoles et connexes en intensifiant et en diversifiant l'agriculture par l'expansion de l'irrigation et par l'emploi d'innovations technologiques. Toutefois, la gravité même du problème impose une stratégie multiple visant, d'une part, à développer les ressources des secteurs vulnérables de la population et de l'autre, à créer de nouveaux emplois pour les pauvres des campagnes, surtout en période creuse, mais de manière à agir directement sur la création de biens durables pour les com-

munautés. C'est dans ce cadre qu'est né le programme "Aliments en échange de travail" en 1976-77. Les objectifs principaux étaient de créer des emplois dans les zones rurales en se servant de stocks disponibles de céréales vivrières et créer ainsi des biens durables pour les communautés afin de renforcer l'infrastructure pour le développement économique des zones rurales.

12. Il en est résulté bien d'autres avantages pour les pauvres des zones rurales tels que la stabilisation des prix des céréales vivrières et la fixation d'un salaire minimum pour les travailleurs — ce qui a amélioré leurs revenus et la qualité de leur alimentation — et des emplois assurés pour les pauvres tout au long de l'année. Ceci a créé des biens durables pour les communautés ce qui a permis d'améliorer leur qualité de vie et freiner l'exode rural. Toutefois, un certain nombre d'inconvénients et de déficiences furent constatés lors de la mise en oeuvre du programme. Aussi celui-ci fut-il révisé, et restructuré sous le nom de "Programme national pour l'emploi rural" qui s'est fixé trois objectifs principaux:

- 1) la création d'emplois rémunérés pour les chômeurs et les sous-employés, hommes et femmes, dans les zones rurales;
- 2) la création de biens durables pour les communautés afin de renforcer l'infrastructure rurale qui conduira à la croissance rapide de l'économie rurale et à l'accroissement soutenu des revenus des pauvres des campagnes; et
- 3) l'amélioration de la qualité de vie et de l'alimentation des pauvres des zones rurales.

#### **Formation pour le travail indépendant:**

13. Le Programme national pour la formation de la jeunesse rurale pour le travail indépendant (TRYSEM) fut créé en 1979 dans le but de faire disparaître le chômage chez les jeunes. L'idée essentielle est de fournir aux jeunes des zones rurales les compétences et la technologie qui leur permettront de devenir des travailleurs

indépendants. L'objectif initial était de former environ 200 000 jeunes tous les ans dans des domaines divers, aussi bien ceux couverts par l'IRDP que ceux qui sortaient de son cadre. Même lorsque l'IRDP aura couvert tous les blocs le TRYSEM continuera comme un système séparé avec des allocations de fonds séparés afin de renforcer l'infrastructure en matière de formation. La stratégie du programme comprend, outre la formation institutionnelle, la formation dans des unités industrielles et de service, la formation de maîtres artisans, d'artisans et d'ouvriers qualifiés. Pendant la durée de leur formation, les jeunes reçoivent une aide financière. Ils apprennent aussi à élaborer des projets de rapports qui soient négociables auprès des banques, et à solliciter des prêts et des subventions bancaires. Chaque élève reçoit, dans le cadre de l'IRDP, une subvention pour une somme maximale de 3 000 roupies. Ils ont également droit, dans certains cas, à une trousse d'outils gratuite ayant une valeur maximale de 250 roupies. Le sixième Plan quinquennal national (1980-85) prévoit une allocation de 50 millions de roupies pour ce programme.

### **Programme de garantie de l'emploi pour les paysans dépourvus de terres:**

14. Afin de créer des emplois pour les paysans dépourvus de terres pendant les périodes creuses, le Premier Ministre de l'Inde a soumis, le 15 août 1983, un nouveau programme de lutte contre la misère appelé Programme de garantie de l'emploi pour les paysans dépourvus de terres. Ce programme pourrait être un jalon important de la réalisation de l'objectif de création d'emplois pour un membre au moins de chaque famille de paysans dépourvus de terres pendant une période allant jusqu'à 100 jours par an.

### **Programme des besoins minimums:**

15. L'idée du Programme des besoins minimums a surgi de la constatation que la croissance sociale et la consommation ne pourraient s'accélérer, voire se maintenir, que si elles s'appuyaient réciproquement. Ce programme est essentiellement un investissement pour le développement des ressources humaines. Il

fut mis en oeuvre en 1974 pour répondre à la nécessité urgente de fournir des services sociaux selon les normes nationales et dans des délais fixes. Il couvre les domaines de l'enseignement élémentaire, la santé rurale, la provision d'eau dans les zones rurales, les routes rurales, l'électrification rurale, l'assistance en matière de logement pour les ouvriers agricoles dépourvus de terres, l'amélioration de l'environnement dans les taudis ruraux et l'alimentation. Ces programmes ont été pris comme un ensemble et mis en oeuvre pour des groupes et des régions spécifiques.

### **L'enseignement élémentaire:**

16. La Constitution prévoit l'enseignement universel, gratuit et obligatoire jusqu'à l'âge de 14 ans. L'enseignement dans les niveaux I à V est dispensé gratuitement dans toutes les écoles gouvernementales et dans celles des organismes locaux de toutes les régions du pays. Jusqu'en 1980-81, la stratégie a consisté à généraliser l'enseignement primaire (niveaux I-IV/V) dans le groupe 6-11 ans. Le Sixième plan national (1980-85) a mis l'accent sur la généralisation de l'enseignement élémentaire (niveaux I-VIII) dans le groupe 6-14 ans dans un délai maximum de 10 ans. Un élément important de cette stratégie est de couvrir dans la mesure du possible tous les enfants non inscrits dans les établissements scolaires ou ayant déserté, grâce à un enseignement non formel à mi-temps. Outre les efforts de généralisation de l'enseignement élémentaire jusqu'à l'âge de 14 ans, des facilités sont accordées aux adultes pour remédier aux lacunes de leur éducation et leur permettre de développer leurs capacités afin de jouer un rôle actif dans les changements sociaux et culturels. Le Programme national pour l'éducation des adultes, lancé en octobre 1978, s'est fixé pour but d'aider une population de 100 millions d'illettrés de 15 à 35 ans avant 1983-84. Les fonds destinés par le Sixième plan à l'enseignement élémentaire s'élèvent à 10,33 milliards de roupies.

17. Le programme pour l'éducation des adultes accorde la priorité à l'éducation des femmes de 15 ans ou plus. Il se propose:

- i) de sensibiliser les hommes et les femmes à leurs droits et à leurs devoirs, aux implications des lois qui régissent la condition de la femme au sein de la société, et aux différents modes d'oppression de la femme;
- ii) d'aider les femmes à s'intégrer aux activités économiques en leur apprenant à lire et écrire et en leur permettant d'acquérir d'autres compétences et d'autres ressources;
- iii) de permettre l'accès à des connaissances dans d'autres domaines tels que la santé, les soins des enfants, l'alimentation, le planning familial, etc... et
- iv) d'aider les femmes à créer leurs propres groupes d'apprentissage et d'activités productives, et à renforcer leur participation et leur présence dans le processus de développement.

### **La santé dans les zones rurales:**

18. L'objectif principal est d'améliorer les services médicaux et les services de soins primaires pour les population rurales, les membres de tribus, et les indigents en général selon le principe que "les besoins du plus grand nombre doivent prévaloir sur ceux d'un petit nombre". Ce qui fait la force de la planification de la santé c'est l'engagement pris par tout le pays de réaliser l'objectif de "La santé pour tous en l'an 2 000". Les normes qui seront appliquées pour atteindre cet objectif sont les suivantes:

- i) Chaque village ou population de 1 000 personnes devra élir une personne pour former l'unité de base;
- ii) Il y aura un sous-centre pour 5 000 personnes dans les plaines et pour 3 000 personnes dans les zones de collines ou de tribus;
- iii) Il y aura un Centre de soins primaires pour 30 000 personnes dans les plaines et pour 20 000 dans les zones de collines ou de tribus; et

- iv) Il y aura un Centre de santé communautaire pour 100 000 personnes ou pour chaque bloc de développement communautaire. 5,77 milliards de roupies ont été destinés à la santé rurale pour la période 1980-85.

19. Le programme de Nutrition appliquée, qui relève du gouvernement central, fut créé en 1963 dans le but d'améliorer la qualité de l'alimentation des populations rurales, et plus particulièrement des secteurs vulnérables, par le biais d'un programme d'éducation nutritionnelle bien coordonné pour la production et la consommation d'aliments nutritifs. Ce programme comporte deux aspects: a) l'alimentation spéciale, et b) des déjeuners.

Le Programme d'alimentation spéciale (SNP) destiné aux enfants en âge pré-scolaire et aux mères de nourrissons, fut lancé en 1970-71 et fut par la suite intégré au Programme des besoins minimums. Il fournit 300 calories et 8-12 grammes de protéines aux enfants de 0-6 ans pendant 300 jours et 500 calories et 25 grammes de protéines aux femmes enceintes et aux mères de nourrissons pendant 300 jours. Le groupe couvert par ce programme au 1.4. 1981 était composé de 70 millions d'enfants de 0-6 ans et de 7 millions de mères de famille.

20. Le Programme de déjeuners pour les enfants de 6 à 11 ans fut lancé en 1962-63. Il fournit des déjeuners à ce groupe d'enfants 200 jours par an et 300 calories et 8-12 grammes de protéines par enfant par jour. Le programme fait maintenant partie du Programme des besoins minimums. Environ 17,4 millions d'enfants sont couverts par ce programme. Le coût total du Programme de nutrition pour la période 1980-85 est estimé à 2,19 milliards de roupies (soit environ 220 millions de dollars).

21. Des études récentes ont montré que ce programme n'a pas eu l'impact voulu pour augmenter le nombre d'élèves dans les établissements scolaires ou diminuer la désertion scolaire. Aussi a-t-il fallu le réorganiser et le lier à des services de santé, d'eau potable, d'hygiène personnelle et de l'environnement, à des mesures d'encouragement, et à des jardins potagers dans les maisons et dans les écoles dont les fruits et légumes seront utilisés dans les programmes d'alimentation.



**Le logement:**

22. Le gouvernement central a créé en 1971 un programme de construction de logements pour les ouvriers agricoles dépourvus de terres afin de satisfaire aux besoins de logements convenables pour les couches les plus défavorisées de la communauté rurale. Ce programme fut pris en charge par les états en 1974 et fut intégré au Programme de besoins minimums. Il s'est étendu pour couvrir tous les ouvriers agricoles dépourvus de terres y compris les artisans. On a estimé le nombre de familles ayant besoin d'aide pour le logement à 14,5 millions au mois de mars de 1985. Il a été prévu que ce programme aidera 6,8 millions de familles pendant la période couverte par le Sixième plan (1980-85) et 3,535 milliards de roupies ont été alloués dans ce but (1,7 milliards de roupies pour l'obtention de terrains et 1,835 milliards de roupies pour l'aide à la construction). Ce programme prévoit aussi d'aider 3,6 millions de familles afin de promouvoir l'autoconstruction. Pendant la période 1983-84, sur 874 000 familles prévues, 724 000 ont pu obtenir des terrains pour construire leurs logements. Près de 11,583 millions de familles ont pu ainsi obtenir des terrains depuis la création de ce programme en 1971 et jusqu'en décembre 1983. De la même manière, 2,53 millions de familles ont bénéficié de l'aide à la construction.

**Le rôle des institutions de la sécurité sociale:**

23. Les deux principaux régimes contributifs de la sécurité sociale en Inde sont le Régime d'assurance de l'Etat pour les employés, qui rentre dans le cadre de la loi ESI de 1948, et les Régimes d'assurance associés de caisses de prévoyance, d'allocations familiales et de dépôts, qui s'inscrivent dans le cadre de la Loi sur les Fonds de prévoyance et les dispositions diverses de 1952. Ces deux régimes sont adressés aux travailleurs salariés surtout dans les zones urbaines. Les institutions qui administrent ces régimes de la sécurité sociale ne peuvent donc jouer aucun rôle à l'heure actuelle dans la protection sociale des groupes marginaux des zones rurales.

24. Le Régime ESI accorde des prestations en espèces dans les cas reconnus de maladie, maternité, accidents du travail et décès et

fournit des soins médicaux intégraux aux travailleurs assurés et à leurs familles. Il couvre à l'heure actuelle près de 7,3 millions de travailleurs assurés et fournit des services médicaux à plus de 2,8 millions d'ayants droit surtout dans les zones urbaines. Environ 90 hôpitaux ayant au total 18 000 lits ont été construits. L'objectif est d'avoir 4 lits pour 1 000 employés. En outre, 1 200 dispensaires sont en service. L'extension de ce régime aux travailleurs salariés des zones rurales impliquerait de travailler dans un cadre entièrement différent du cadre urbain dans lequel ce régime s'est développé jusqu'à présent. Les problèmes que poserait son extension dans les zones rurales ont été examinés récemment et la conclusion à laquelle on est arrivé est qu'il faudrait modifier le régime actuel afin de répondre aux conditions et aux besoins des zones rurales.

25. Le Fonds de prévoyance des employés fournit les prestations des assurances associées, contribue des caisses de prévoyance, d'allocations familiales et de dépôts des employés et s'est étendu pour couvrir 172 industries et différentes catégories d'établissements y compris les plantations, les exploitations de canne à sucre et les exploitations agricoles du secteur rural. Le régime couvre aujourd'hui près de 145 000 établissements avec plus de 12,57 millions de souscripteurs au Fonds de prévoyance et 7,75 millions de souscripteurs à la caisse d'allocations familiales.



LA GENERALISATION DE LA PROTECTION  
SOCIALE AUX GROUPES  
MARGINAUX DU MILIEU RURAL\*

Nicolay Trofimiouk\*\*

\* Document présenté par la délégation de l'URSS,

\*\* Chef du Département des Assurances Sociales d'Etat. Conseil Central des Syndicats de l'URSS.



Membres de la délégation de l'URSS.

**Monsieur le Président,  
Mesdames et messieurs.**

De tout mon coeur je voudrais remercier l'Institut mexicain de la sécurité sociale pour la bonne organisation de la présente réunion, pour un accueil chaleureux et hospitalier. Je constate avec plaisir que la venue de notre délégation dans votre hospitalier pays coïncide avec la date mémorable, le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'établissement des relations diplomatiques entre l'Union Soviétique et le Mexique. Cet événement a été fêté avec éclat en U.R.S.S. En effet le Mexique était le premier Etat de l'hémisphère occidental à reconnaître *de jure* l'Etat des Soviets; les liens unissant nos deux pays sont étroits et multiples, les gouvernements des deux pays occupent des positions similaires ou proches sur de nombreux problèmes d'actualité des temps modernes.

Nous espérons que le séjour de notre délégation au Mexique servira à l'établissement des liens et contacts toujours meilleurs avec nos collègues, avec l'Institut national de la sécurité sociale.

Notre délégation représente ici les syndicats soviétiques. Notre participation à ces assises se justifie à bien des égards. En effet, en Union Soviétique depuis voilà plus d'une cinquantaine d'années l'assurance sociale d'Etat est gérée par les syndicats. Cela permet une gestion démocratique, une large participation des travailleurs et la réduction au minimum des frais de gestion avec un appareil permanent.

Le propre des assurances sociales soviétiques est ceci: *l'étendue générale*, l'ensemble des travailleurs, dès le premier jour de leur entrée en vie professionnelle, qu'ils travaillent dans une entreprise d'Etat, coopérative ou chez des personnes privées, en emploi permanent, provisoire ou saisonnier, sont couverts par l'assurance sociale; *l'ampleur et la diversité* de types de l'assurance sociale et des services, diverses prestations sont versées aux frais de l'assurance sociale: d'incapacité temporaire de travail, de grossesse et de maternité, de naissance et des soins de l'enfant, etc.; pensions de vieillesse, d'invalidité ou au cas de perte de soutien de famille; la cure balnéaire des ouvriers, employés, kolkhoziens

et des membres de leurs familles. L'assurance sociale est financée par les prélèvements d'assurances des entreprises, des administrations, des établissements et des kolkhozes, ainsi que des subventions du budget d'Etat. Les travailleurs n'effectuent aucun versement dans la caisse de l'assurance sociale de leurs salaires.

L'assistance médicale de l'ensemble de la population soviétique est gratuite: elle n'est pas financée par l'assurance sociale, mais par le budget de l'Etat.

La question que nous sommes en train de débattre est assez compliquée et spécifique. Dans de nombreux pays la protection sociale des couches démunies de la population représente un problème social aigu.

Nous nous félicitons de constater le rôle actif que jouent les organismes de la sécurité sociale et, avant tout, l'Institut mexicain de la sécurité sociale en vue de préparer l'examen de cette question d'actualité. Nous vous souhaitons de nouveaux succès dans cette activité, la solution de tous les problèmes liés à l'assurance sociale des travailleurs mexicains. Pour nous, la question de la généralisation de la protection sociale aux groupes marginaux dans le milieu rural s'avère difficile car les notions mêmes du chômeur, du sans-logis, de quiconque privé de l'assistance médicale et de l'assurance sociale n'existent pas chez nous. Cela ne veut nullement dire que nous vivons sans problèmes. Si l'on parle concrètement de l'assurance sociale des ruraux, alors au début des années 60 encore certaines catégories de kolkhoziens qui ne sont ni spécialistes, ni mécaniciens, n'étaient pas assujetties par la sécurité sociale à l'échelle nationale.

La Loi sur les pensions et les allocations des membres des kolkhozes adoptée en 1964 a mis en place un système cohérent et unique de l'assurance sociale des kolkhoziens; à présent, toutes les catégories des travailleurs ruraux sont assurées dans la plupart des cas d'après les normes des ouvriers et employés. Or, le problème n'est pas encore réglé entièrement.

C'est ainsi que les kolkhoziens n'accèdent pas aux pensions à des conditions de faveur: nous avons en vue la baisse de 5 à 10 ans pour les hommes (par rapport à 60 ans) pour les femmes (par rapport à 55 ans) pour le travail dans des conditions insalubres. Les pensions minimales des kolkhoziens sont inférieures de celles des ouvriers et des employés. Au fur et à mesure de mettre en place des conditions économiques, nous allons résoudre tous ces problèmes.

Je tiens à dire que le perfectionnement de l'assurance sociale est notre préoccupation constante et ce n'est pas seulement pour les travailleurs ruraux. C'est ainsi que cette année une décision commune du Conseil des ministres de l'U.R.S.S. et du Conseil central des syndicats soviétiques sur les allocations à titre de l'assurance sociale est entrée en vigueur. Il s'agit d'un document de codification, mais il permet de liquider certains "goulots d'étranglement" qui existaient dans notre législation et portaient atteinte aux intérêts de certaines catégories de citoyens, de faible importance, il est vrai. C'est ainsi que cette décision annule la disposition suivant laquelle les droits communs ayant purgé leurs peines et embauchés au travail n'avaient pas pendant la période de six mois le droit à l'allocation d'incapacité temporaire de travail. A présent ils reçoivent ce droit dès le premier jour de leur mise au travail. Le même arrêté résout le problèmes de ceux qui tombent malades après le licenciement, c'est-à-dire dans la période où ils n'étaient pas provisoirement en activité professionnelle. Auparavant, dans de tels cas ils ne recevaient pas d'allocation de maladie. Dès à présent l'allocation leur peut être accordée dans l'ancien lieu de leur travail s'ils font une maladie prolongée et si cette dernière survient au cours d'un mois suivant le licenciement. Vous le voyez, le perfectionnement de la législation nous a permis de subvenir aux besoins en assurant la protection sociale de cette catégorie des citoyens.

Une brève intervention ne me permet pas, bien sûr, de vous parler en détail de notre expérience et de nos problèmes en suspens. Si cela vous intéresse, nous sommes prêts à vous en parler pendant un rendez-vous particulier. Je vous dirai seulement que nous nous devons de renforcer l'aide aux familles nombreuses,



de stimuler la natalité. A cet effet, nous nous proposons d'augmenter les montants des allocations familiales existantes, d'en introduire de nouvelles, d'appliquer des mesures supplémentaires en vue de renforcer la protection de la santé et de la mère et de l'enfant, de stimuler le repos et la détente familiale, la cure balnéaire et thermale des parents accompagnés de leurs enfants, etc.

Il importe également de perfectionner le fonctionnement des organismes de la santé publique, de la sécurité sociale, des organismes économiques chargés de protéger et de tonifier la santé des travailleurs, de faire baisser la morbidité. Nous tenons à accentuer l'effort de prévention médicale de la santé publique et de l'assurance sociale soviétiques. Le dépistage précoce et le traitement des maladies. A partir de l'année prochaine nous entreprenons l'observation préventive annuelle de toute la population de notre pays.

Bien sûr, cela nécessitera d'importantes dépenses, or, elles sont, selon nous, entièrement rentables.

Pour aller de l'avant, il faut, en premier lieu, assurer une paix solide et durable, assurer la détente internationale. Il appartient à nous, personnels de l'assurance sociale, d'apporter notre contribution à la solution de ces questions.

Je vous remercie de votre attention.



Membres des délégations de la Corée, du Honduras, de l'Inde, du Rwanda, du Nicaragua, du Togo et de l'URSS.



LA PROTECTION SOCIALE  
DES MARGINAUX RURAUX  
EN ESPAGNE\*

Felipe García Ortiz\*\*

\* Allocution présenté par le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale d'Espagne.

\*\* Directeur Technique.



L'Espagne vient de vivre un profond changement social dû à l'impact de forts courants migratoires qui ont modifié dans les dernières décennies ses structures de travail et de démographie.

Actuellement 73,3% de sa population résident dans des agglomérations urbaines de plus de dix mille habitants, et 9,1% dans des agglomérations semi-urbaines de cinq à dix mille habitants, la population rurale ne représentant que 17% de l'ensemble de la population. La perte de poids du secteur rural se reflète dans l'économie et la population active agropastorale est à peine de 15% de toute la population active, avec une participation du secteur agricole au Produit Intérieur Brut de 6,7%. Le monde rural est un secteur minoritaire, avec une productivité réduite, et son niveau de développement social est très nettement distancié par rapport au reste de la nation.

Cet éloignement du secteur rural se manifeste par le fait que ses revenus par tête sont inférieurs. La part globale des revenus agricoles dans le Revenu National diminue lentement alors qu'augmentent les salariés agricoles, la situation des petits propriétaires agricoles avec des salariés se détériorant. Dans l'ensemble, la population rurale est fortement dépendante des transferts de l'état, par voie fiscale ou par voie des prestations sociales, pour améliorer ses revenus disponibles.

Le monde rural est en marge d'un système adéquat de services publics, qui se répartissent de préférence depuis les agglomérations urbaines, et souffre aussi d'une mise à l'écart en qualité, vu qu'il est très fréquent que les services publics ruraux aient une qualité inférieure à ceux qui offrent un service identique dans les agglomérations urbaines. Le développement est un phénomène urbain et l'amélioration réalisée dans l'attribution des services publics a entraîné une centralisation urbaine de ces services de telle manière que dans le monde rural les nécessités sociales sont plus importantes, et même elles s'aggravent dans certaines régions pauvres, qui bien que peu nombreuses n'en sont pas moins importantes, et qui reproduisent à l'intérieur de notre nation les problèmes d'inégalité dans le développement.

La population rurale espagnole est fortement vieillie à conséquence des courants migratoires campagne-ville d'un passé encore récent, courants qui ont réduit le poids qualitatif des groupes de population jeune et d'âge moyen dans les zones rurales. La chute constante des taux de fécondité a accentué le vieillissement des zones rurales, certaines provinces étant en complète regression démographique. Dans certaines provinces agraires, avec une population particulièrement âgée, on a pu observer un arrêt de la baisse du taux de mortalité ou une augmentation de celui-ci. Le fort vieillissement qui se produira en Espagne pendant les dix prochaines années aggravera particulièrement le rapport actifs/passifs des zones rurales.

La marginalisation rurale ne se manifeste pas seulement par le manque d'infrastructure de services publics, mais par l'accès difficile de la population rurale à cette infrastructure en raison des coûts en temps, de la qualité inférieure et du manque d'information sur ces services, tout cela détournant l'attribution des ressources publiques de telle sorte que le changement social dans les zones marginalisées devient plus difficile.

Une enquête sur la qualité de la vie en Espagne, réalisée en 1981 par le Centre d'Etudes d'Aménagement du Territoire, souligne que les problèmes d'infrastructure semblent moins importants dans les petites agglomérations que dans d'autres, mais par contre l'insatisfaction est beaucoup plus grande, principalement parmi les jeunes et les habitants ayant un revenu élevé. La population rurale ressent une grande insatisfaction à cause du manque d'équipements de loisir et de distraction et plus particulièrement le manque de clubs pour personnes âgées. L'insatisfaction est d'autant plus grande que l'agglomération est plus petite, et les plus insatisfaits sont les populations des montagnes.

L'instrument de base de la protection sociale est la Sécurité Sociale. L'assistance sanitaire et les prestations économiques de la population rurale sont réalisées par le biais du Régime Spécial Agraire de la Sécurité Sociale. Dans ce Régime Spécial on intègre tous ceux qui effectuent des travaux agricoles, forestiers ou pastoraux, de forme habituelle ou comme moyen fondamental de

vie, qu'ils soient au service d'un patron, à leur compte ou petits exploitants quand ils sont propriétaires de petites exploitations agraires.

Actuellement 1 717 600 travailleurs sont affiliés au Régime Spécial Agraire, ce qui représente 18,2% de l'ensemble des affiliés à la Sécurité Sociale. 51% des affiliés sont des travailleurs au service d'un patron et 49% des travailleurs à leur compte. Les prestations de la Sécurité Sociale Agraire sont identiques à celles du Régime Général, excepté que les travailleurs agraires qui sont à leur compte n'ont pas le droit au chômage et que la prestation pour invalidité provisoire a un caractère volontaire.

La Régime Spécial Agraire avait au mois d'avril 1 433 000 pensionnés (28% de l'ensemble des pensionnés de la Sécurité Sociale) et le rapport entre les actifs et les passifs est très bas: 1,20 actifs pour chaque passif. Cela est dû à la diminution de la population agraire et au vieillissement de la population active.

Le Régime Spécial Agraire est déficitaire, ses rentrées couvrent à peine 20% de ses dépenses. Ce déficit (qui en 1984 atteint 551 600 millions de pesetas) est financé par un Fond de Compensation qui est alimenté par l'excédent du Régime Général et par les apports fiscaux de l'Etat. Cependant, au moyen du Régime Agraire de la Sécurité Sociale il s'établit une solidarité dans le transfert des prestations économiques et sociales à partir des autres secteurs de la société, cela permet d'offrir aux travailleurs et aux petits exploitants agricoles le même niveau de protection sanitaire et économique, indépendamment d'une capacité de paiement plus réduite.

L'assistance médicale et pharmaceutique est gérée par l'Institut National de la Santé. En ce qui concerne le secteur rural, les affiliés au Régime Spécial Agraire et ses pensionnés ont droit à l'assistance sanitaire, (c'est à dire, 3 150 800 personnes) et les bénéficiaires sont étendus aux membres directs de la famille qui dépendent du titulaire (actuellement 5 985 000 personnes). Pratiquement la totalité de la population agraire bénéficie de l'assistance sanitaire publique à la charge de la Sécurité Sociale.



Nous disposons d'un bon réseau de centres hospitaliers, de haut niveau technique et professionnel. Pourtant il existe des déséquilibres dans la répartition des hôpitaux. Les zones rurales sont en général délaissées en raison de l'éloignement par rapport à l'hôpital. C'est pour cela que l'on construit des hôpitaux de taille moyenne dans certains ensembles régionaux afin d'équilibrer la répartition. Un effort notable est aussi en train d'être réalisé au niveau de l'assistance primaire, en étendant le réseau et en créant des Centres de Santé dans les Chefs-lieux régionaux ou sous régionaux. La médecine générale et l'assistance pharmaceutique sont accessibles physiquement à toute la population rurale, bien que dans plusieurs petits villages il n'y y ait pas le nombre minimum d'habitants qui permettrait d'établir un système médical et pharmaceutique permanent, et qu'en conséquence ils doivent se rendre dans les localités voisines.

Pour éviter les déplacements de l'individu du milieu rural au dispensaire, un programme périphérique de don du sang a été mis en place. En ce qui concerne la médecine spécialisées, celle-ci est centrée sur les agglomérations urbaines mais on est en train d'élaborer des règles légales pour établir le déplacement périodique des spécialistes dans le milieu rural, de façon à ce que ce soit le médecin qui se déplace et non le malade, et ce en fonction d'une régularité déterminée pour chaque spécialité.

Les dépenses totales de l'assistance sanitaire entraînées par le Régime Spécial Agraire, se montent pour 1984 à 161 800 millions de pesetas, c'est à dire 23,6% de l'ensemble du budget du Régime Agraire.

En ce qui concerne les prestations économiques du Régime Agraire, gérées par l'Institut National de la Sécurité Sociale, celles-ci se montent pour 1984 à 499 600 millions de pesetas, représentant 77,8% du budget du Régime Agraire. Les pensions agraires devraient représenter 28% de l'ensemble des pensions de la Sécurité Sociale, mais elles représentent seulement 26% du montant global, cela étant dû au fait que la pension moyenne agraire est inférieure à la pension moyenne du Système de Sécurité Sociale. Le premier avril de cette année, la pension moyenne

du Régime Spécial Agraire pour les travailleurs au service d'un patron était de 92,8% de la pension moyenne du Système, et pour les travailleurs à leur compte, de 91,6% de la pension moyenne. Cette différence sera réduite progressivement par la réforme du Système de financement du Régime Agraire.

La gestion du Régime Agraire dans le cadre local est réalisée en accord avec les Chambres Agraires Locales (Institutions professionnelles réunissant les représentants des différents syndicats agraires), ce qui permet un accès facile à tous les affiliés sur tout le territoire national, évitant ainsi au bénéficiaire de se déplacer.

En ce qui concerne le chômage rural, celui-ci n'affecte pas aussi profondément le secteur agraire que l'économie industrielle. Les chômeurs du secteur agraire, pendant le premier trimestre 1984, représentaient seulement, 6,5% des chômeurs, cependant le chômage rural se trouve géographiquement très localisé, ce qui aggrave son incidence. Les chômeurs agraires sont plus âgés que les autres chômeurs: en effet, si parmi ces derniers ce sont les moins de 25 ans qui prédominent, 60% des chômeurs ruraux ont plus de 25 ans, et leur situation de nécessité est aggravée par les responsabilités familiales acquises.

A l'heure actuelle, les travailleurs agraires fixes en situation de chômage, ont les mêmes prestations que les autres travailleurs au service d'un patron. Cependant le plus grand problème du chômage rural se trouve parmi les travailleurs saisonniers. C'est pour eux qu'on a fait en 1970 le programme d'Emploi Communautaire qui mélangeait les objectifs d'aide à une création d'emplois et qui a eu une efficacité presque nulle et un gaspillage de ressources, c'est pourquoi un nouveau système est entré en vigueur cette année, séparant la fonction d'aide de celle d'emploi rural.

L'allocation chômage est attribuée aux travailleurs agraires saisonniers qui ont cotisé à la Sécurité Sociale un minimum de 60 jours pendant les douze mois précédant le chômage (ce critère n'est pas exigé cette année pour des raisons de transition) et elle s'applique dans les zones géographiques avec des taux de chô-

mage sectoriel au dessus de la moyenne. Le Plan d'Emploi Rural se réalise par le biais d'accord avec l'Administration et des entreprises publiques capables d'exécuter des travaux de toute sorte.

En ce qui concerne les Services Sociaux pour le milieu rural, ceux-ci sont rares. L'Institut National des Services Sociaux possède un large réseau de résidences et de clubs pour le troisième âge et des centres de rééducation pour handicapés qui sont situés dans les agglomérations urbaines, où la demande de services est plus grande; cela oblige l'utilisateur rural à s'éloigner de son milieu habituel de vie. Il est nécessaire de développer des programmes sociaux ruraux, spécialement en ce qui concerne le Troisième Age, parce que les personnes âgées des petites municipalités sont celles qui ont des revenus moindres et qui se trouvent les plus isolées. Quelques expériences pilotes de visites au domicile des personnes du Troisième Age en milieu rural et de micro-résidences en agglomérations rurales, qui sont réalisées en accord avec des entités à but non lucratif, devront être étendues à d'autres zones. Il est aussi nécessaire de transférer en milieu rural les expériences urbaines de coordination d'institutions publiques et privées de services sociaux (Caritas, Croix Rouge, etc.).

Les dépenses du Régime Spécial Agraire pour les Services Sociaux se montent à 8 300 millions de pesetas, ce qui représente 1,2% du Régime Spécial et le quart de l'ensemble des dépenses de la Sécurité Sociale pour les Services Sociaux.

Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale est en train d'étudier la réalisation d'une enquête dans les foyers pour obtenir une estimation du volume de la population rurale qui se trouve en dessous du seuil de la pauvreté, (certaines estimations le situent à 10% de la population rurale, c'est à dire quelques 668 000 personnes) et les caractéristiques de ce secteur nécessaire.

L'Administration Locale est compétente en matière d'assistance sociale, mais la dépense moyenne par habitant dans ce domaine est proportionnelle à la taille de la municipalité, et les municipalités rurales ne disposent pas d'une capacité de dépenses suffi-

sante. Il est nécessaire d'établir une coordination financière entre les différentes institutions publiques. La future Loi de Services Sociaux projette cette coordination, pour établir des Centres de base de Services Sociaux dans chaque région d'où l'on pourrait agir contre la marginalisation rurale.

La Sécurité Sociale espagnole qui est partie d'un schéma professionnel de contribution pour s'ouvrir à une globalisation des bénéficiaires (l'assistance sanitaire atteint aujourd'hui 90% de la population d'Espagne) doit s'adapter au mandat constitutionnel qui signale l'établissement d'un système public de Sécurité Sociale pour tous les citoyens, avec des systèmes complémentaires libres.

Actuellement une réforme du système de protection sociale est en cours. Prochainement au Parlement espagnol vont être présentées la Loi des Pensions de la Sécurité Sociale, la Loi des Fonds Complémentaires de Pensions, la Loi Générale des Services de Santé et la Loi des Services Sociaux, et plus tard une Loi des Pensions d'Assistance pour les citoyens sans Sécurité Sociale. Toutes les lois citées sont animées par l'esprit d'universaliser la protection sociale, de rationaliser la gestion, d'améliorer l'équité de contribution, de promouvoir la participation des entités à but non lucratif, et de garantir une juste assistance dans les zones défavorisées, pour que soit une réalité le développement social du monde rural dans une cadre public de libertés.

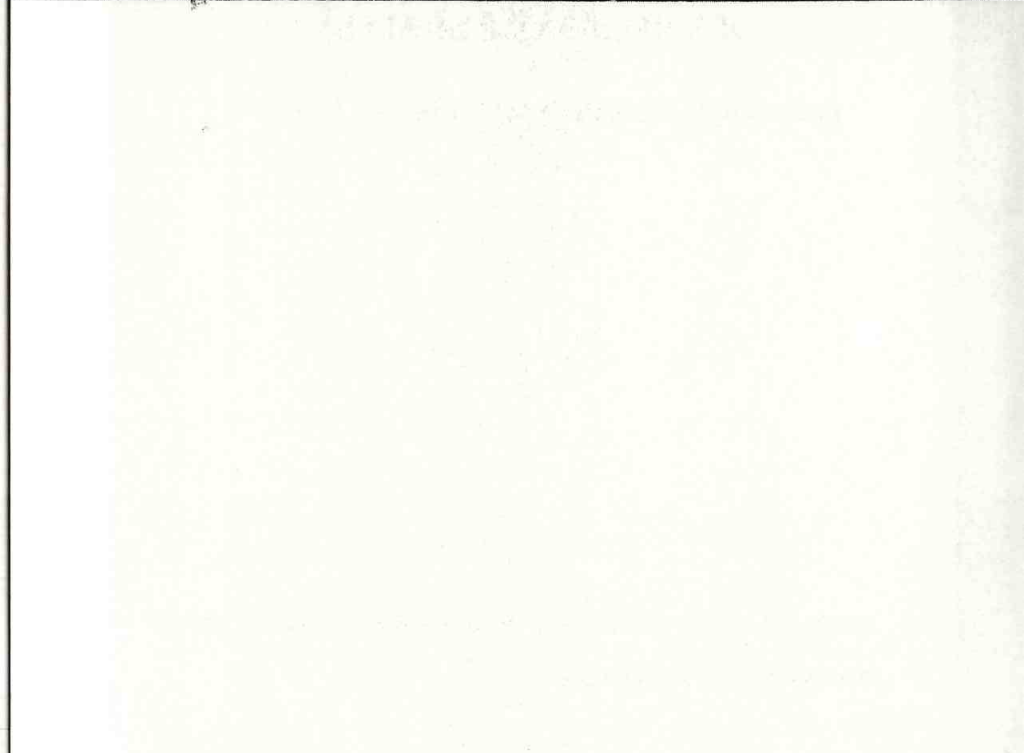


MONOGRAPHIE RELATIVE A L'EXTENSION  
DE LA PROTECTION SOCIALE  
AUX GROUPES MARGINAUX  
DES REGIONS RURALES\*

Epée Née Kotto Mouyema, Honorée Denise\*\*

\* Document présenté par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale du Cameroun.

\*\* Directeur Adjoint des prestations.





Aspect général de la cérémonie de cloture. Les délégations de la Corée, du Cameroun, de la Chine, de Cuba, de l'Espagne et de l'Egypte.



La sollicitude de plus en plus croissante dont fait l'objet le monde rural de la part du gouvernement, son importance et substantiellement celle du secteur agricole dans le développement économique du CAMEROUN, ont contribué à revaloriser aux yeux de tous ce secteur.

Au Cameroun, parce que la protection sociale ne concerne que les seuls travailleurs salariés (tous secteurs confondus y compris le secteur primaire), c'est l'ensemble des zones rurales qui est marginalisé. Les problèmes que pose la protection sociale des groupes marginaux dans ces zones ne peuvent donc être dissociés de ceux de la population rurale en général.

Face aux responsabilités qui lui ont été reconnues par la législation camerounaise en matière de protection sociale de la population, la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale du Cameroun, avait dès 1980 déjà envisagé la possibilité d'étendre à la zone rurale le bénéfice de certaines prestations qu'elle sert aux travailleurs du secteur privé et aux agents de l'Etat non fonctionnaires.

La branche des prestations familiales avait alors été retenue et une étude menée afin de s'assurer de la viabilité d'une telle extension.

On s'était rendu à l'évidence qu'il fallait pour l'ensemble du monde rural, multiplier par quatre le budget de l'exercice 1980-1981 de la Caisse et pour le monde rural regroupé dans des coopératives agricoles, au moins doubler ce budget. Sans compter qu'il n'était pas aisé de trouver dans l'économie nationale les agents économiques capables de payer les cotisations inhérentes à ce projet.

Les concepts de mutualité (le rôle de mutuelle a été reconnu aux coopératives agricoles) et de solidarité nationale (malheureusement les cotisations des employeurs du secteur privé 4% de la population active du pays) se sont révélés insuffisants et n'ont pas pu justifier à l'époque l'intervention de la Caisse en zone rurale sans risque d'étraiîner le déséquilibre de l'institution à cause de la seule branche des prestations familiales.

Une seconde tentative a été amorcée depuis 1983. Celle la vise à accorder les prestations familiales aux chefs traditionnels qui exercent au niveau local des fonctions d'administrateurs municipaux ou communaux pour le compte du Ministère de l'administration territoriale. A ce jour, il a été recensé 400 chefs traditionnels pour une moyenne de 11 enfants chacun.

A l'inverse de la tentative, les chefs traditionnels perçoivent une rémunération du Ministère de l'administration territoriale et on pense qu'ils peuvent être assimilés aux agents de l'Etat non fonctionnaires et qu'à ce titre, leurs cotisations peuvent être réclamées au Ministère des Finances.

Nous aborderons successivement, les grandes lignes de la politique du gouvernement camerounais qui visent essentiellement la protection sanitaire et sociale en zones rurales. Nous vous communiquerons ensuite les conclusions de l'étude menée en 1980 en attendant celle qui est en cours et qui concerne les seuls chefs traditionnels.

### **LES GRANDES LIGNES DE LA POLITIQUE SANITAIRE ET SOCIALE DU GOUVERNEMENT CAMEROUNAIS EN ZONE RURALE**

Le système de santé au Cameroun mis en oeuvre essentiellement par l'Etat se caractérise par les centres de santé ouverts sur l'étendue du territoire national compte tenu du niveau de santé des populations et des principales maladies rencontrées dans chaque localité. Généralement, l'Etat construit les bâtiments avec un minimum d'équipements et fournit aux populations des soins simples grâce à des équipes de santé coiffées par un infirmier aidé par des aides soignants, une matrone, vivants sur place.

Dans les centres de santé, dits "développés", les équipes de santé sont plus solides qualitativement et quantitativement on peut y trouver des techniciens en soins infirmiers avec la possibilité d'activités communautaires.

Au niveau du département il existe de plus en plus un hôpital dirigé par un médecin-Chef qu'assistent plusieurs infirmiers et autre

personnel paramédical (sage-femme, technicien de laboratoire, technicien en soins pharmaceutiques), avec la possibilité d'une propharmacie. A défaut d'une officine, la population rurale peut y acheter au prix raisonnable les produits pharmaceutiques. Le médecin chef de l'hôpital est assisté par un médecin-chef de la médecine préventive et rurale qui supervise les séances de vaccinations, de lutte contre les maladies infectieuses (paludisme, bilhareziose... etc.) et coordonne les activités des centres de santé.

L'objectif santé pour tous en l'an 2000 retenu par la conférence de l'OMS et de l'UNICEF à ALMA ATA en 1978 a permis d'intégrer un large programme de soins de santé primaire au système national de santé qui était déjà mis en place.

Au ministère de l'agriculture une série de mesures d'aide à la production agricole ont été prises en vue de la fourniture des semences, des produits phyto-sanitaires, des engrais aux agriculteurs pour accroître la productivité agricole.

Des sociétés d'encadrement, d'assistance technique et de production (SEMRY, SODEBLE), de compensation des fluctuations de cours des produits de base et de leur commercialisation (ONCPB) de commercialisation de produits vivriers (MIDEVIV) ont été créés.

Dans la production animale, une société de production animale (SODEPA), existe et une assistance vétérinaire et zootechnique bien présente.

Les agriculteurs et éleveurs ont été regroupés dans des coopératives. Il existe un fond d'aide au développement rural, une sorte de banque des paysans, le FONADER. Il octroie des crédits aux agriculteurs ce qui leur facilite l'achat des semences et autres produits agricoles.

D'autres efforts sont déployés par le gouvernement dans le domaine de l'enseignement et de la formation professionnelle en zone rurale, des moniteurs agricoles ont été mis à la disposition des paysans pour une utilisation judicieuse des produits phyto-

sanitaires et du machinisme agricole. Il a d'ailleurs été créé, s'agissant de ce dernier point, un centre de fabrication et d'expérimentation du machinisme agricole.

Quant à la protection contre les risques affectant la production, les Assurances Mutuelles Agricoles ouvertes sur toute l'étendue du territoire national sont à la disposition des agriculteurs et autres paysans qui veulent bien souscrire une assurance contre quelque calamité naturelle ou pour garantir quelque crédit agricole.

De tout ce qui précède, il résulte que le gouvernement du Cameroun a toujours ménagé des efforts en vue d'un développement intégré du monde rural. C'est donc à juste titre que la Caisse Nationale de prévoyance sociale avait, en 1980 et en dehors de toute pression, pensé pouvoir ouvrir à son tour le parapluie social vers les zones rurales.

Pour cela, il lui fallait: a) connaître le montant total en francs des prestations familiales qu'elle aurait été amenée à payer augmentées bien entendu des charges administratives qui en découleraient.

b) déterminer le ou les agents économiques susceptibles de supporter cette dépense-ce qui reviendrait à connaître l'organisation de la population à couvrir, les effets bénéfiques à moyen ou à long terme que la mise en oeuvre de l'extension envisagée engendreraient et les motifs de sécurité et d'équité qui en résulteraient.

## **ETUDE MENNE EN 1980 PAR LE CNPS SUR L'EXTENSION DES PRESTATIONS FAMILIALES AU MONDE RURAL**

### **A. L'estimation de la dépense supplémentaire qu'en entraînerait l'extension des Prestations familiales au monde rural.**

Il s'agit de connaître la population couverte, le nombre d'enfants susceptibles d'ouvrir droit aux prestations familiales, la dépense totale obtenue par la multiplication de ce nombre par le taux de

l'allocation versée, ce résultat étant lui même majoré par les dépenses de frais médicaux, d'allocations prénatales et post natales (allocations de maternité) et les indemnités journalières et enfin par les dépenses administratives.

### **A-1 La connaissance de la population couverte**

Des chiffres qui nous ont été communiqués par le Ministère de l'Economie et du plan, il ressort que la population rurale du Cameroun peut être estimée à 5.713.620 habitants dont 40%, soit 2.285.448, sont actifs.

Sachant qu'un actif est un assuré social potentiel, s'il nous arrivait de couvrir l'ensemble de la population rurale active et connaissant par ailleurs, qu'aujourd'hui, dans notre fichier, le rapport: nombre d'allocations est approximativement égal à 0.6 nombre d'assurés sociaux, nous pouvons estimer à 1.371.268 habitants, le chiffre probable des allocataires potentiels en zone rurale.

Il nous faut maintenant trouver le chiffre des enfants qui ouvriraient droit aux prestations familiales du chef de ces allocataires potentiels.

La taille moyenne des ménages ruraux donnée par le dernier recensement de la population est de 5.2 individus. Ce qui suppose que le nombre moyen d'enfants par ménage est de 3.

Il est établi, par ailleurs, que dans les pays comme le Cameroun, le rapport entre le nombre d'enfants bénéficiaires des prestations familiales et le chiffre des allocataires est égal à 2.5. Ce qui nous donnerait une moyenne de 3.428.172 enfants pour 1.371.268 allocataires ruraux.

### **A-2 La dépense annuelle en prestations familiales**

Le taux actuel des allocations familiales est de 12 000 francs par an et par enfant. Pour 3.428.173 enfants nous dépenserons la colossale somme de 41.138.064.000 francs CFA, à laquelle il con-

vient d'ajouter les autres prestations, à savoir frais médicaux, allocations prénatales, allocations de maternité et indemnités journalières.

Nous avons observé pour les régimes que nous gérons actuellement que les allocations familiales constituent à elles seules les 83% des dépenses générales de Prestations Familiales tel qu'en définitive, la dépense totale en Prestaciones Familiares serait égale à:

$$\frac{4.138.064.000 \text{ francs} \times 100}{89} \text{ , soit } 49.563.932.530 \text{ FCFA}$$

### A-3 La dépense administrative

L'évolution des dépenses administratives relatives aux diverses branches que nous gérons se présente suivant le tableau ci-après.

1976/77	1977/78	1978/79	1979/80
3.726.328.697	6.319.179.380	1.952.771.776	4.419.664.288

La fluctuation observée s'explique par l'importance variable d'un exercice à l'autre du chapitre 7.69 (autres dépenses en Capital) dans le titre général Dépenses Administratives, l'exercice 78/79 a été celui qui n'a pas subi l'influence de ce chapitre, nous avons pensé judicieux estimer à 2 milliards de francs CFA, les dépenses administratives proprement dites liées au fonctionnement de nos trois branches.

Comment connaître la part qui revient à la branche Prestations Familiales dans ces 2 milliards de francs?

Nul doute qu'à l'heure actuelle, les moyens mis en oeuvre pour la bonne marche de nos services sont davantage absorbés par la branche Prestations Familiales qui utilisent d'ailleurs dans nos centres de paiement près de la moitié de nos effectifs administra-

tifs. Nous sommes donc tentés de dire que la branche Prestations Familiales aujourd'hui consomme les 50% des dépenses de fonctionnement rappelées ci dessus soit 1 milliard de francs CFA. Si donc pour gérer un fichier de près de 150 000 allocataires, nous dépensons 1 milliard de francs, combien en dépenserons nous pour 1.371.268 nouveaux allocations? Réponse: 9.141.786.665 FCFA.

En définitive, l'extension des prestations familiales au monde rural pris dans son ensemble aujourd'hui, nous imposerait une dépense globable annuelle de:

Dépenses techniques pures:	49.563.932.530
Dépenses Administratives:	9.141.786.665
	<hr/>
	58.705.719.195

Il nous faudra près de 60 milliards de francs CFA par an pour payer les prestations familiales au monde rural.

Il est évident que notre budget ne pourra jamais à lui seul supporter une telle dépense et ce d'autant plus que le monde rural est composé de 40% d'actifs alors que les régimes que nous gérons actuellement ne couvrent que 4% de la population active du pays, les cotisations libérées du fait de ces régimes même majorées des autres ressources en capital ne pourront jamais permettre la viabilité de l'extension que nous voulons envisager.

Il faut donc garantir la solvabilité du régime élargi et donc déterminer les secteurs de la vie économiques qui pourront supporter la dépense évaluée plus haut.

### **B. La détermination du ou des secteurs d'activités qui supporteraient la dépense supplémentaire**

Le financement des régimes de sécurité sociale prend sa source dans le transfert de revenus des secteurs économiques plus riches vers d'autres secteurs moins nantis ou encore touchés

par certaines éventualités qui sont susceptibles de baisser leurs revenus. Ce transfert peut s'effectuer par le moyen d'impôts ou des charges de nature analogues appelées cotisations.

La thèse du financement par l'impôt qui consiste à inclure dans l'impôt forfaitaire, la participation de chaque allocataire à la dépense des Prestations familiales, n'avait pas retenue l'attention de ceux qui avaient implanté cette branche au Cameroun. Au contraire, ils lui préfèrent le financement par le biais des cotisations mieux encore ils excluent la participation du bénéficiaire et retiennent que seul son employeur devait supporter l'ensemble des frais.

Faut-il donc, s'agissant du monde rural, reconsidérer cette position puisqu'ici l'éleveur, l'artisan ou l'agriculteur est son propre employeur ou mieux est un travailleur indépendant par opposition au travailleur salarié défini à l'article 1er. du code de travail.

En d'autres termes, le financement par l'impôt doit-il être retenu?

La réponse à cette question est liée à la structure mise en place par le gouvernement pour mieux dynamiser le monde rural, les coopératives qui regroupent près de 2000,000 de ruraux et dont l'organisation fait appel à un système contributif qui fait appel tantôt à l'impôt, tantôt à une certaine forme de cotisation appelée part sociale. Il vous faut donc connaître l'organisation de ces coopératives.

### **B-1 L'organisation des coopératives**

Ce sont des regroupements multifonctionnels quoi qu'à dominance agricole.

On en compte au moins un dans chaque département sauf dans les provinces du Sud Ouest et du Nord Ouest où néanmoins la tendance est de plus en plus au regroupement.

La Carte coopérative montre 310 regroupements de ruraux dans l'ensemble du territoire dont:



— Coopératives agricoles (niveau departemental)	72
— Caisses populaires	215
— Autres coopératives	23

Ces coopératives rassemblent et vendent aux exportateurs ou à l'Office National de Commercialisation des produits de base les produits ruraux. Toutefois on distingue parmi les 2000,000 de ruraux qui utilisent les services des coopératives les membres adhérents et les usagers.

Les membres adhérents sont les propriétaires des coopératives en ce sens qu'ils libèrent chacun une part sociale ou cotisent à l'impôt forfaitaire qui constitue le capital social des coopératives. Tandis que les usagers utilisent les coopératives juste au moment de la commercialisation des produits.

En plus des parts sociales, le capital sociale, les coopératives et constitué par les commissions payées par les exportateurs à la fin de chaque campagne. Ces commissions sont réparties elles mêmes, après le prélevement des charges de la campagne en trois parties:

- Les réserves statutaires.
- Les investissements (promotion et developpement du monde rural).
- Les ristournes aux adhérents.

Les chiffres ci-apres nous ont été communiqués pour nous donner une certaine idée du capital des certaines cooperatives.

— Centre Sud (Lekié)	65,000,000 FCFA
— Ouest	140,000,000 FCFA
— Nord	169,014,381 FCFA

— Littoral	72254,068 FCFA
— Est	9,115,737 FCFA

Nous n'avons pas pu obtenir les chiffres relatives aux coopératives du Sud Ouest, ni du Nord Ouest, ni du reste du Centre Sud, mais déjà nous pouvons inscrire la somme de presque un ½ milliard de francs CFA, comme le minimum du capital social des coopératives. Par ailleurs, l'analyse de l'état actuel du revenu coopératif dégage un excédent net d'exploitation de 2.5 milliards de francs. Sans compter que les prélèvements sur les prix FOB des cafés et cacao, ont permis de constituer une forte puissance financière, l'Office National de Commercialisation des produits de base dont le budget représente presque la ½ du budget national. En 1/7/78 cet office détenait plus de 45 milliards de réserves auprès du Trésor.

Compte tenu de ce qui précède, il serait peut-être plus sage de n'envisager l'extension des prestations familiales qu'au seul monde rural organisé. C'est à celui qui utilise les coopératives et par conséquent finance l'ONCPB. Bien entendu la borne supérieure de la dépense en Prestations Familiales (PF) restera la somme de 60 milliards de francs CFA correspondant à la couverture de l'ensemble du monde rural car il faut prévoir d'ores et déjà les effets d'entraînement qui sont inhérents aux avantages indéniables que l'introduction de la branche des prestations familiales représentera pour la population rurale et l'accroissement des prestations qui en découlerait automatiquement.

## **B-2 L'estimation de la dépense du fait de l'extension des PF au seul monde rural organisé**

Le nombre des adhérents membres des coopératives est estimé à 682.574 sur les 2 000 000 d'individus que regroupent ces coopératives en période de pointe.

Ils sont répartis ainsi qu'il suit par province:

Centre Sud (compte non tenu de la Lekié)	59 425
Sud Ouest	14 094
Lekié	30 000
Nord Ouest	35 960
Nord	376 852
Ouest	100 000
Littoral	59 040
Est	7 203

Le nombre assez élevé des adhérents de la province du Nord s'explique par le fait qu'ici la cotisation est incorporée à l'impôt forfaitaire.

En reprenant le raisonnement que nous avons appliqué dans la première partie de notre étude, aux 682.574 membres adhérents, représentant le nombre total d'actifs probables dans cette 2ème hypothèse de l'extension des PF au seul monde rural organisé, nous trouvons:

NA ou nombre total d'actifs	682 574 000
Nombre d'allocataires = 60% de NA = Na	409 544 000
Nombre d'enfants à couvrir = 2,5 × Na = NE	1.023 861 000
Dépenses en Allocations Familiales par an: 12000 × NE = DAF	12.286.332 000

$$\text{Dépenses en Prestations Familiales par an: } \frac{\text{DA} \times 100}{80} = \text{DT}$$

$$15\,357\,915\,000$$

Nous appelons encore les dépenses en PF les dépenses techniques  
 Nous avons alors DT = 15.3057.915.000 - francs CFA.

Calculons la dépense administrative

Si pour la gestion de 150 000 allocations actuellement connus dans notre fichier, nous avons dépensé près d'un milliard de francs CFA à combien nous reviendra la gestion de 409.544 allocataires supplémentaires?

$$\frac{DA = 1 \text{ Md} \times 409\,544 = 2.730\,293\,000 \text{ francs CFA}}{150\,000}$$

En définitive, la dépense totale DT + DA = 15.357 915 000 +  
2.730.29300

$$DT + DA = 18.088.208.000 \text{ FCFA}$$

Ainsi donc, dans l'hypothèse où le taux des allocations familiales ne varie pas et où nous limitons notre extension du bénéfice des prestations familiales au seul monde rural organisé, nous n'obtiendrons qu'une dépense égale presque au 1/3 de la dépense de 60 Milliards calculée initialement dans l'hypothèse de la couverture de l'ensemble du monde rural.

Comme nous l'avons dit plus haut il serait plus indiqué de n'envisager dans un premier temps notre extension qu'à cette population plus facilement accessible et dont les produits passent au moment de leur commercialisation, par le biais des groupes d'agents économiques que nous pouvons facilement atteindre. Nous citons:

- Les coopératives
- Les intermédiaires
- L'Office National de Commercialisation des produits de base.

### **B-3 Le partage de la dépense totale de prestations entre les 3 catégories d'agents économiques que constituent:**

- La coopérative d'adhésion du paysan
- Les intermédiaires s'il y a lieu.

#### **L'office national de commercialisation des produits de base (ONCPB)**

Si nous ramenons la dépense totale de 18.088.208.000 francs CFA que nous coûte le versement des prestations familiales au seul monde rural regroupé dans les coopératives, à un adhérent, nous obtenons une dépense de 27,000 FCFA par tête et par an.

Ce chiffre rappelle curieusement la dépense par allocataire des prestations familiales actuellement servies par la C.N.P.S.

Compte tenu de ce que le revenu annuel moyen du paysan camerounais est estimé à près de 140,000 Francs CFA par an, il faudra lui appliquer un taux de cotisations de 19% chaque année, cotisations qui seront versés à la CNPS.

Les chiffres qui viennent d'être communiqués ne l'ont été qu'à titre indicatif, les agents économiques présentés comme susceptibles de supporter la dépense en l'occurrence, les coopératives, les intermédiaires (en voie de disparition), l'O.N.C.P.B. aussi. Il reste aux pouvoirs de décider en toute connaissance de cause.

La mission de mutualité dévolue aux coopératives suffit largement pour mettre en oeuvre leur responsabilité dans l'octroi des prestations familiales aux adhérents de ces coopératives et justifier l'accroissement du pouvoir d'achat du paysan qui en découle.

Les substantielles réserves de l'O.N.C.P.B. (45 milliards de francs en 1978) auprès du trésor, son rôle de compensation des fluctuations des cours des produits agricoles, les ristournes qu'elle croit pouvoir distribuer en signe d'encouragement aux agriculteurs dont la productivité s'accroît sans cesse, tout cela milite en

faveur de l'intervention de cet organisme dans l'ouverture au monde rural de la branche des Prestations Familiales.

L'attention des pouvoirs publics doit être attirée sur les conséquences à moyen et long terme de l'extension envisagée. En effet, les prestations familiales ont toujours eu pour conséquence dans certains pays, d'accroître le taux de natalité en zone rurale, plus qu'en zone urbaine.

Il s'en suivra des répercussions sur les dépenses de santé, d'éducation et des dépenses pour l'économie du pays en général et des crédits d'investissement en particulier.

A l'intérieur de la CNPS l'accession des paysans aux prestations familiales va engendrer leur adhésion massive aux coopératives et accroître le nombre de bénéficiaires potentiels des prestations familiales sans oublier les revendications du genre, couverture des risques professionnels en milieu rural, demandes de pensions de vieillesse, d'invalidité ou de décès avec toutes les difficultés qui en découlent et qui sont liées à la prédominance d'exploitations de type familial et au caractère saisonnier des travaux ruraux.



MONOGRAPHIE RELATIVE AU GROUPE  
DES MARGINAUX RURAUX  
EN COTE D'IVOIRE\*

Paul Lambin\*\*

\* Document présenté par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale de Côte d'Ivoire.

\*\* Directeur Général.





Par l'importance des sommes qu'elle prélève et distribue, la sécurité sociale apparaît aujourd'hui comme la principale forme de protection contre les risques sociaux. Ces risques correspondent à deux catégories d'éventualités, plus ou moins prévisibles, mais pécuniairement dommageables pour ceux qu'elles concernent. Les unes empêchent les individus d'exercer une activité professionnelle et, par conséquent, de percevoir le revenu qu'ils retireraient normalement de leur travail; elles se subdivisent elles-mêmes en deux groupes: les risques physiques qui réduisent la capacité de travail et les risques économiques qui font obstacle à l'exercice de la force du travail. Les autres se traduisent par des charges exceptionnelles dont la survenance risque de diminuer le niveau de vie: charges familiales, dépenses de soins médicaux... etc.

En face des déséquilibres entre les besoins et leur couverture par les revenus, la sécurité sociale a pour objectif de garantir à chacun, par des systèmes appropriés de prestations, un minimum de moyens d'existence. Le financement de ces prestations étant assuré essentiellement par des cotisations obligatoires et par l'impôt, la sécurité sociale se présente comme un mécanisme de solidarité collective organisé à l'échelon national.

En Côte d'Ivoire, ce mécanisme de solidarité collective se situe à deux niveaux:

1o./ Au niveau des fonctionnaires et agents de l'Etat la protection est assurée par:

- La Mutuelle des fonctionnaires et agents de l'Etat (assurance-maladie) —
- La Direction de la solde (Prestations familiales)
- La Caisse générale de Retraite des Fonctionnaires (Pension de vieillesse).

2o./ Au niveau des salariés du secteur privé, le système de protection est assuré et géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale.

Comme on peut le constater aisément, ne sont assurés par le système de sécurité Sociale en place, que les fonctionnaires et les salariés du secteur privé.

Quel sort est-il donc réservé aux travailleurs indépendants constitués des cellules familiales: (Agriculteurs, Artisans et Petits commerçants) et de quelques manoeuvres permanents ou temporaires qui forment à part entière, le groupe dès que nous qualifierons dans la présente Monographie "Les Marginaux Ruraux"?

a) Composés en majeure partie d'agriculteurs, les marginaux ruraux ont une population aux traits caractéristiques suivants:

- de 1960 à 1975 la population de cette catégorie a connu une croissance de 2,5% par an —
- de 1976 à 1980, ce taux est passé à 1,8 —
- Cette population est vieillissante à cause de l'exode rural des jeunes éléments de 15 à 29 ans.
- Cet exode rural, qui se poursuit, est soutenu par le faible niveau des revenus dû à la chute des cours des produits agricoles et aux calamités naturelles qui sévissent en milieu rural.
- Cette population est dispersée sur toute l'étendue du territoire national et est généralement regroupée en villages et plantations villageoises.

Elle a d'énormes besoins en santé, éducation, formation professionnelle et logements.

b) Pour répondre à leurs besoins et tenter de maintenir cette population sur place, l'Etat a créé des programmes spécifiques et un certain nombre d'institutions.

- Au niveau de la couverture sanitaire, dispensaires et centres de santé rurale ont été créés dans toutes les petites villes et dans la quasi totalité des gros villages.

Ces institutions sont soit construites par l'Etat, soit par les villageois eux-mêmes. Le personnel et le fonctionnement sont assurés par l'Etat.

- Au niveau de l'éducation, l'école est apparue également dans la quasi totalité des villages.

Là encore, le fonctionnement est complètement assuré par l'Etat alors que la construction des bâtiments est dans certains cas assuré par les paysans eux-mêmes.

- La formation professionnelle et l'encadrement technique sont assurés par des organismes spécialisés créés par l'Etat et constitués en Société d'Etat.

Ce sont:

- \* La Société d'Assistance Technique pour la Modernisation Agricole de la Côte d'Ivoire (SATMACI).

#### **ROLE:**

Encadrement des Paysans pour les principales cultures d'exportation (Café-Cacao) d'abord; puis, des cultures vivrières pour ces paysans.

Promotion des techniques culturales afin d'améliorer la qualité et le rendement.

- \* La Société d'Etat pour le développement de la Production de Fruits et Légumes de Côte d'Ivoire (SODEFEL).

#### **ROLE:**

Assistance à l'ensemble des Planteurs de fruits et légumes en vue de l'amélioration de la production.

- Aide aux producteurs ivoiriens.
- Compensation des déséquilibres.

- Aide aux jeunes scolarisés des campagnes afin de leur permettre une insertion dans la vie rurale.
- \* La Société de Développement de la Production Animale (SO-DEPRA).

**ROLE:**

Encadrement technique des éleveurs, commercialisation, Ranch d'élevage bovin.

- \* La Société de Développement du Palmier à huile (SODEPALM).

**ROLE:**

Assistance technique aux planteurs de palmiers à huile, cocotier, rix et manioc.

Pour faciliter l'intervention de ces Institutions, les paysans ont été regroupés en groupements à vocation coopérative (G.V.C.).

c) En plus de ces programmes entièrement financés par l'Etat, il existe une Mutuelle Agricole: La Mutuelle Agricole de Côte d'Ivoire créés en 1963, avec pour objectif de faire face à la nécessité d'un revenu minimum garanti par la mise en place de garanties d'assurances, sur la personne et les biens, adaptées à la situation des paysans.

Ses activités couvrent aujourd'hui

- L'agro-industrie,
- Les plantations villageoises,
- Les activités pastorales et piscicoles.

La Mutuelle Agricole de Côte d'Ivoire ne fonctionne pas cependant comme une Institution de sécurité sociale. C'est une assurance mutuelle où l'adhésion est volontaire avec une cotisation annuelle fixée forfaitairement selon la couverture.

Elle assure les paysans:

- En responsabilité civile du chef de famille,
- En responsabilité civile de l'exploitant agricole,
- Accident individuel,
- Accident du travail,
- Maladies,
- Dommages directs:
  - incendie,
  - mortalité du bétail,
  - assurance du matériel d'exploitation.
- Dommages indirects:
  - perte d'exploitation après incendie.
- Assurance retraite et décès.

Tels sont, succinctement présentés, quelques problèmes liés à la protection sociale des travailleurs ruraux. Point n'est besoin de souligner l'important rôle que pourrait jouer la Mutuelle Agricole et les Institutions de sécurité sociale.

Ce rôle est d'autant plus perceptible dans la recherche de moyens de financement des projets agricoles et surtout en cas de décès du responsable d'une cellule familiale de marginaux laissant en vie, sans ressources, les membres de sa famille dont il avait la charge.

Compte tenu du fait que les travailleurs ruraux ne sont protégés ni par le système de sécurité sociale des Agents de l'Etat, ni par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale qui assure les salariés du secteur privé, l'on peut affirmer que ces travailleurs échappent au système ivoirien de sécurité sociale.

En effect, l'affiliation à la Mutuelle Agricole est volontaire, et les programmes d'assistance technique et d'aide financé par l'Etat rentrent plutôt dans le domaine d'aide aux agriculteurs.

On ne peut pas à l'heure actuelle parler de projet futur, toutefois, des études sont en cours au Ministère des Affaires Sociales pour évaluer les possibilités d'extention de la sécurité sociale au secteur agricole.

L'EXTENSION DE LA PROTECTION  
SOCIALE  
EN REPUBLIQUE GABONAISE:  
CONSOLIDATION DU DEVELOPPEMENT\*

Jean Victor Gruat\*\*

\* Cet article est publié dans la *Revue Internationale du Travail*, Vol. 123, No. 4 (juillet-août 1984). Sa reproduction en anglais et en français, sa traduction en espagnol, de même que son utilisation pour la Table Ronde sur l'Extension de la Protection Sociale aux Groupes Marginaux des Régions Rurales, ont été autorisées par la Revue.

\*\* Expert en coopération technique de l'OIT.





PHOTO: J. J. V. / A. B. / A. B.

Les délégués de la Sainte-Lucie et du Rwanda en visite à l'Hôpital Rural "S" de Cuautlixco, Morelos.

Un trait commun à la plupart des pays francophones d'Afrique au sud du Sahara est qu'en matière de protection sociale ils disposent de régimes relativement bien structurés, mais seulement pour les travailleurs salariés et les personnels de la fonction publique. Sans avoir atteint des niveaux de développement comparables à ceux de leurs homologues des pays industrialisés, ces régimes<sup>1</sup> ne laissent pas de constituer, pour ceux qui en bénéficient, un avantage certain sur les autres catégories de la population, notamment les agriculteurs et les petits artisans ou commerçants.

Ainsi la sécurité sociale, qui repose pourtant sur l'idée de solidarité, valeur traditionnelle en Afrique, exclut-elle généralement sur ce continent les catégories les plus nombreuses — celles qui précisément sont les moins favorisées en matière de bien-être social. Cette situation, en outre, entrave les efforts déployés par les gouvernements pour maintenir au travail de la terre les forces vives de leurs jeunes Etats, dont beaucoup sont loin d'attendre à l'autosuffisance alimentaire, l'une de leurs grandes priorités pour l'avenir.

C'est ainsi que le BIT, dans un rapport à l'usage de la cinquième Conférence régionale africaine<sup>2</sup>, pouvait constater que l'existence dans le secteur urbain de mesures de sécurité sociale qu'on ne retrouve pas dans le secteur rural, et dont l'évolution des conditions dans les zones rurales fait ressentir de plus en plus la nécessité, renforce l'attraction des villes, notamment lorsque ces mesures sont déjà anciennes et donc mieux connues comme c'est le cas, par exemple dans les pays francophones, des prestations familiales dont l'attrait pour les travailleurs ruraux est incontestable. Il ne paraît pas possible de freiner l'exode rural sans améliorer les conditions de vie dans les campagnes, dont une sécurité sociale effective représente une composante.

1. Pour une description plus complète des régimes africains de sécurité sociale, voir notamment P. Mouton: *La sécurité sociale en Afrique au sud du Sahara* (Genève, BIT, 1974).
2. BIT: *Amélioration et harmonisation des systèmes de sécurité sociale des pays d'Afrique*, cinquième Conférence régionale africaine, Abidjan, septembre-octobre 1977, rapport II (Genève, 1977), p. 48.

Cette situation préoccupe tous les pays du continent africain ou presque. Plusieurs études ont ainsi conclu à l'opportunité d'une extension de la protection sociale au profit notamment des secteurs les plus avancés de l'agriculture et de l'artisanat. Toutefois, dans la quasi-totalité des cas, les projets envisagés n'ont pu connaître d'aboutissement concret, ce essentiellement pour des raisons d'ordre financier, mais aussi à cause de la complexité administrative de telles réformes.

Une des conclusions du séminaire régional organisé à Brazzaville par le BIT pour débattre des problèmes particuliers à la protection sociale en zone rurale dans les pays d'Afrique<sup>3</sup> était d'ailleurs la suivante:

L'étude d'une certaine forme de protection sociale des travailleurs agricoles, notamment sous l'aspect de la garantie des revenus et de l'implantation de services sanitaires et sociaux, ne doit pas faire oublier qu'en deçà d'un niveau minimum de production, donc de revenu, la notion même de sécurité sociale est la plupart du temps vide de tout contenu. L'existence des bases sociales et économiques nécessaires pour permettre à chacun de disposer d'un niveau de vie suffisant à la couverture de ses besoins élémentaires est en effet un préalable à la mise en place de toute mesure efficace de protection sociale, qu'il convient de démarquer des dispositions d'assistance sociale, destinées à pallier les conséquences les plus criantes de la misère.

Or, depuis le 1<sup>o</sup> juillet 1983, l'extension de la protection sociale à tous les nationaux est chose faite en République gabonaise, dans le cadre du régime existant de sécurité sociale, complété désormais par un régime de type nouveau dit de garantie sociale. Le présent article a pour objet de présenter les circonstances qui ont permis aux autorités gabonaises de mener à bien cette réalisation sans précédent en Afrique, et de montrer comment elle

3. BIT: *Rapport du Cours de formation régionale BIT-Norvège sur la sécurité sociale et la protection sociale des travailleurs agricoles dans les pays d'Afrique francophone*, Brazzaville, 18-31 janvier 1982 (Genève, 1982), p. 128.

s'insère dans la politique sociale, mais aussi économique, du pays<sup>4</sup>.

### **SPECIFICITES GABONAISES: LES ATOUTS DU REFORMATEUR**

A l'instar de plusieurs autres en Afrique, le gouvernement gabonais se préoccupait depuis quelques années, dans une période que l'on peut considérer comme celle de la consolidation du développement, de la possibilité d'accorder à l'ensemble de la population une protection sociale décente, assurant à tous un niveau raisonnable de bien-être.

La sécurité sociale était considérée dès 1979 comme un élément clé de cette protection puisque, parmi un faisceau de mesures prévoyant notamment une diversification de l'économie, un aménagement plus rationnel du territoire et la recherche d'une diminution de la dépendance alimentaire vis-à-vis de l'extérieur, le Plan intérimaire de développement économique et social (1980-1982) devait permettre d'engager une réflexion approfondie sur "les possibilités d'une extension de la couverture sociale aux populations rurales et aux travailleurs indépendants"<sup>5</sup>.

Menée à partir de juin 1981 avec le concours technique du Bureau international du Travail, cette réflexion a pu aboutir dans des délais particulièrement brefs.

Le Gabon disposait, il est vrai, d'atouts solides pour parvenir à ce résultat. Selon une étude récente<sup>6</sup>, en effet, le pourcentage de la

4. Les textes constitutifs du régime gabonais de garantie sociale ont été publiés par *Gabon Hebdo Informations*, BP 2240 Libreville. La loi portant code de garantie sociale figure dans le numéro 36 d'avril 1983, et son décret d'application dans le numéro 45 d'août 1983.
5. Voir République gabonaise: *Plan intérimaire de développement économique et social*, 1980-1982, p. 22.
6. Association internationale de la sécurité sociale: *VIII Colloque des directeurs des institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique*, Bamako, 7-10 décembre 1982 (Genève, 1983).

population totale directement affiliée au régime de sécurité sociale des travailleurs salariés, qui pour les autres pays francophones d'Afrique au sud du Sahara évolue entre 0,8 et 6,7 pour cent, a atteint 13,6 pour cent au Gabon. Si, à ce chiffre déjà élevé, on ajoute la couverture que représentent les agents de l'Etat, c'est plus du tiers de la population active qui est directement partie prenante du fonctionnement des secteurs modernes. Au total, près de 60 pour cent de la population totale s'insère — en 1981 — comme affiliés directs ou comme ayants droit dans les régimes de protection sociale alors en vigueur.

De ce fait, les catégories non couvertes se trouvaient représenter, contrairement à ce qu'il advient dans la quasi-totalité des autres pays d'Afrique, une fraction minoritaire. En particulier, le secteur de l'agriculture de subsistance, c'est-à-dire celui dont la situation sociale est toujours considérée comme la plus critique, était devenu au fil des années numériquement peu important<sup>7</sup>.

Une étude menée d'après les résultats d'un recensement effectué en 1974 et 1975 avait ainsi révélé que le nombre de ménages exerçant une activité purement agricole était devenu inférieur à celui des ménages comptant au moins un salarié ou fonctionnaire. Cette relation a évidemment fortement évolué depuis, compte tenu de la croissance des effectifs des secteurs modernes (+ 25 pour cent de 1975 à 1983) et de l'accélération de l'exode rural qui en est le corollaire<sup>8</sup>.

Le Gabon se trouvait donc au début des années quatre-vingt dans une situation d'autant plus favorable pour envisager une ex-

7. Au Gabon, la population agricole et rurale, numériquement faible, est en outre très dispersée. On n'a pu ainsi dénombrer que 1 500 villages environ sur un territoire de 267 000 kilomètres carrés. En 1980, 355 villages seulement comptaient plus de 200 habitants. Quant aux agglomérations urbaines, à l'exception des trois principales villes du pays (Libreville, Port-Gentil et Francheville), elles ne comptaient en moyenne guère plus de 10 000 habitants.
8. Le taux de croissance pour l'ensemble de la population est estimé à 2,2 pour cent par an, mais il ne serait que de 0,8 pour cent pour les populations rurales. L'âge moyen des actifs en zone rurale est de cinquante et un ans, contre trente-trois ans pour les salariés et les fonctionnaires.

tension de la couverture sociale qu'il disposait — alors comme maintenant — de finances publiques assainies après la surchauffe économique de 1976-77, et d'un budget en constante progression, qu'alimentait un produit intérieur brut supérieur, en 1982, à 1 000 milliards de francs CFA (plus de 2,5 milliards de dollars des EU)<sup>9</sup>. Ce niveau élevé, aussi bien en valeur absolue que rapporté du chiffre de la population (de 0,7 à 1,2 million d'habitants selon les estimations), provient de l'exploitation des richesses naturelles (pétrole surtout, mais aussi bois, manganèse, uranium et, bientôt, minerai de fer), d'une activité de services particulièrement dense et, dans les années récentes, d'un véritable essor de l'agro-industrie.

Par ailleurs, l'extension de la couverture sociale pouvait raisonnablement être considérée comme une priorité, dans la mesure où les efforts déjà accomplis dans d'autres domaines permettaient de compter sur des infrastructures bien implantées et de bonne qualité. C'est ainsi que le taux de scolarisation atteint ou dépasse 90 pour cent pour le primaire dans toutes les provinces, et que le système public de santé est un des plus développés d'Afrique, puisqu'il compte un médecin pour 2 500 habitants<sup>10</sup> et un lit d'hôpital pour 140 personnes en moyenne nationale.

De plus, le système de sécurité sociale des travailleurs salariés était exemplaire, puisqu'il offrait une gamme de prestations particulièrement étendue, allant des services classiques (pensions, risques professionnels, prestations familiales) aux évacuations sanitaires à l'hospitalisation dans les formations sanitaires de la Caisse nationale de sécurité sociale, à la gratuité des produits pharmaceutiques et des soins externes sur toute l'étendue du territoire<sup>11</sup>.

9. Un franc de la Communauté financière africaine (franc CFA) = 0,02 franc français.
10. En 1982, plus de tiers des médecins et les deux tiers des lits d'hôpital étaient installés dans les provinces.
11. La distribution gratuite de produits pharmaceutiques et les consultations externes sont assurées dans les quatorze centres médico-sociaux que compte la Caisse nationale de sécurité sociale en dehors de Libreville.

Le succès remporté par le régime de sécurité sociale des travailleurs salariés depuis sa création, dans les premières années soixante, a d'ailleurs joué un rôle important dans la décision des pouvoirs publics d'étendre la couverture sociale aux autres couches de la population. C'est que l'opération allait être grandement facilitée par l'existence d'une infrastructure administrative prête à procéder aux formalités requises tant pour l'identification et l'immatriculation des personnes à affilier que pour le service ultérieur des prestations.

Le territoire gabonais est partagé en neuf provinces comptant au total une cinquantaine de circonscriptions administratives, qui constituent autant de centres d'état civil et sont à même de fournir l'ensemble des services essentiels (poste, gendarmerie, écoles, santé) à une distance raisonnable de tous les lieux d'habitation. Notons à ce propos que les efforts de l'administration portant sur l'état civil, qui constitue souvent l'un des points faibles des pouvoirs publics en Afrique, sont relayés par ceux du Parti démocratique gabonais dont les sections, implantées dans tous les groupements villageois d'importance, sont dorénavant habilitées à enregistrer sur place naissances et décès.

La conjonction de ces circonstances heureuses permettait d'envisager une extension de la couverture sociale, et ce d'autant plus favorablement que l'opération était jugée souhaitable et nécessaire en soi.

## **LES OBJECTIFS DE LA REFORME**

Cette conviction s'appuyait sur quatre nécessités essentielles, touchant aussi bien aux questions sociales proprement dites qu'à des considérations d'ordre administratif ou économique. Leur importance pour la bonne compréhension de la genèse du régime gabonais de garantie sociale est telle qu'elles valent d'être exposées avec quelque détail.

### **1. Aider le plus défavorisés**

Le désir de rétablir, en le modernisant, le système d'aide aux fa-

milles nombreuses en vigueur depuis le début des années soixante<sup>12</sup> a constitué le point de départ de la démarche suivie.

En effet, reprenant une pratique courante de l'époque coloniale lorsque l'administrateur distribuait des sommes modiques aux familles rurales de son ressort, le premier gouvernement de la République gabonaise avait institué le service d'une prime à la naissance pour toute accouchement intervenant sous contrôle médical, et d'allocations familiales annuelles au profit des familles nombreuses dont le chef n'était ni salarié, ni fonctionnaire.

Ces aides, attribuées dans la limite des crédits disponibles d'après des listes nominatives établies sous la responsabilité des maires et sous-préfets, représentaient en 1960 près de 85 pour cent du salaire minimum agricole mensuel pour la prime à la naissance. Quant au montant de l'allocation annuelle à l'enfance, s'il pouvait varier selon les régions, il atteignait en règle générale 67 pour cent de ce salaire pour les familles de trois ou quatre enfants, et 85 pour cent pour les familles de cinq enfants et plus.

A titre de comparaison, on peut noter que les prestations à la naissance équivalaient à 60 pour cent de celles versées aux salariés. Par contre, les allocations familiales ne représentaient, pour une famille de quatre enfants, que 4 pour cent des prestations services aux familles de salariés de même composition.

Ces aides, quelque modiques qu'elles fussent, étaient considérées comme capitales pour les familles bénéficiaires, qui ne disposaient guère d'autres sources de revenus monétaires.

Ces prestations ont continué d'être versées au cours des années soixante et soixante-dix par l'intermédiaire des représentants locaux des pouvoirs publics, sous le contrôle du ministère chargé

12. Pour une description plus complète, voir notamment BIT: *Rapport au gouvernement de la République gabonaise sur la sécurité sociale* (Genève, 1962).



des Affaires sociales<sup>13</sup>. Cependant, les multiples priorités d'un pays dont le développement ne faisait que commencer et dont les ressources financières étaient malgré tout limitées ne permettaient pas des réajustements réguliers des montants alloués. De ce fait, malgré les efforts accomplis en 1971 et en 1975 à l'occasion de révisions du texte de base, les aides à l'enfance ne représentaient plus en 1977 que 28 pour cent du salaire minimum pour la prime à la naissance et 22,7 pour cent de ce même salaire pour l'allocation annuelle correspondant à quatre enfants, soit une perte en pouvoir d'achat de près des deux tiers dans chaque cas.

Le plan général de redressement économique et d'assainissement des finances publiques mis en place pour combattre la surchauffe et le relatif laxisme de 1976-77 devait sonner le glas du système d'aide aux familles nombreuses, dans lequel au demeurant on avait pu constater à plusieurs reprises d'importantes lacunes quant à la sélection des bénéficiaires et à la réalité même des versements.

Pour faible que fût devenu le montant des aides aux familles, leur suppression fut durement ressentie par des populations rurales qui se considéraient comme les oubliées du progrès économique et social. En outre, la disparition de l'incitation à accoucher sous contrôle médical que constituait la prime à la naissance entraîna une régression dans ce domaine vital pour un pays sous-peuplé: pour la première fois depuis l'indépendance, le taux des accouchements à domicile augmenta, ce qui, vu les conditions d'hygiène précaires qui sont encore la règle dans la plupart des villages, annulait les efforts accomplis par ailleurs en matière de protection maternelle et infantile.

Cet état de choses a fortement pesé sur la décision prise d'entamer une réflexion approfondie sur le moyens de rétablir, sur des

13. Confier la tutelle du service des aides à l'enfance en zone rurale au ministère chargé des Affaires sociales correspondait dans les faits à un changement implicite de la nature de ces prestations, qui ont pris au fil des ans un caractère de mesure d'assistance et perdu ainsi leur vocation première de véritable prestation sociale.

bases administratives plus solides, le service de prestations en faveur des couches les moins favorisées de la population.

Le fil directeur de cette réflexion devait aboutir à une redéfinition de l'action en faveur des familles rurales, où l'idée d'assistance faisait place à la notion nouvelle de droit individuel aux prestations.

## **2. Rationaliser le système public de santé**

Le deuxième objectif visé par l'extension de la couverture sociale était la recherche d'une rationalisation de l'accès aux prestations de santé et, dans la mesure du possible, la mise au point d'une rémunération des services rendus par les formations hospitalières qui soit conforme à la réalité de leur activité. La situation au début des années quatre-vingt, lorsque n'existait que la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), était en effet la suivante: les travailleurs salariés et leur famille bénéficiaient, comme maintenant, d'une prise en charge totale ou partielle par la caisse de leurs frais d'hospitalisation dans une des formations gérées par cette dernière ou conventionnées avec elle, une branche particulière finançant éventuellement le coût de leur transfert vers ces formations ou, selon l'état du malade, vers l'étranger. Les personnels permanents de l'administration, titularisés ou non, étaient, comme maintenant, pris en charge par le ministère de l'Economie et des Finances et dirigés, par priorité, vers des formations sanitaires publiques. Ils acquittaient une participation aux frais.

Les personnes indigentes de nationalité gabonaise pouvaient obtenir une prise en charge intégrale en milieu public (formations de l'Etat) ou, exceptionnellement, parapublic (formations de la CNSS).

Les autres catégories de la population, regroupées sous l'appellation de "particuliers à leurs frais", ne bénéficiaient pratiquement d'aucun avantage spécial en cas d'hospitalisation, sauf réductions de tarif dans certains cas.

Il existait par ailleurs un système de catégories d'hospitalisation variant selon le confort de l'hébergement, système non retenu

par la CNSS, mais théoriquement toujours en vigueur dans les formations publiques, encore qu'appliqué dans la pratique au seul centre hospitalier de Libreville. A partir d'un système relativement complexe puisque, outre les prix de journée variables selon la catégorie, le coût des actes médicaux devait en principe être facturé selon une nomenclature nationale, le secteur public ne connaissait pratiquement pas de recettes propres<sup>14</sup>, la participation aux frais des agents de l'Etat étant comptabilisée directement par le Trésor, qui ne reversait en aucun cas aux hôpitaux le montant correspondant à la partie principale des frais de traitement. Est-il besoin de le dire, cette absence d'incidence financière donnait lieu à de fréquentes négligences en matière de gestion administrative, de formalités d'admission et de statistiques sanitaires, le fonctionnement des hôpitaux dépendant de dotations budgétaires sans rapport direct avec les besoins résultant des activités réelles de soins.

A terme, donc, un tel système ne pouvait guère donner satisfaction et risquait même d'entraver la marche du pays vers l'objectif retenu de la "santé pour tous en l'an 2000". C'est pourquoi la réflexion engagée sur les modalités pratiques d'une extension de la couverture sociale a dû porter sur la rationalisation de tout le système sanitaire. De son côté, la CNSS ne pouvait que considérer favorablement une telle démarche, qui devait permettre une meilleure application des modalités de prise en charge des non-salariés dans ses propres formations, y compris pour les soins externes<sup>15</sup>. Jusqu'à la réforme, en effet, c'est sans contrepartie financière que les centres médico-sociaux de la CNSS recevaient l'ensemble des patients, souvent en majorité des personnes sans relation avec le monde salarial.

14. La faiblesse des ressources des hôpitaux publics en provenance des recettes d'hospitalisation avait déjà été relevée en 1962 dans le rapport du BIT précité.
15. Les soins externes dispensés gratuitement dans les centres médico-sociaux de la Caisse nationale de sécurité sociale comprennent les consultations médicales, les actes infirmiers, la consommation pharmaceutique, les examens de laboratoire et de radiologie.

La définition des modalités d'une extension de la couverture sociale pouvait fournir l'occasion, là encore, de rationaliser cette pratique. Elle allait permettre aussi de délimiter les activités réelles de soins des différentes formations hospitalières publiques, grâce à l'instauration des formalités précises d'admission liées à la prise en charge des frais d'hospitalisation.

### 3. Promouvoir l'agriculture et les activités indépendantes

En envisageant d'étendre aux non-salariés le droit aux prestations sociales, le gouvernement gabonais reprenait à son compte l'idée moderne qui veut que la sécurité sociale, "participant à la réalisation du mieux-être des populations (...), se range parmi les buts ultimes de l'activité économique"<sup>16</sup>.

Or le Gabon, sans être une économie de monoproduction, demeure très largement tributaire de l'exploitation de ses réserves pétrolières, qui fournissent au total 60 pour cent des recettes du budget de l'Etat et entrent pour près de moitié dans la constitution du produit intérieur brut. La durée prévisible de l'exploitation pétrolière ne saurait certes être fixée avec précision, du fait de la découverte intermittente de nouveaux gisements. Il est cependant certain que cette ressource non renouvelable est appelée à perdre peu à peu de son importance, voire à disparaître totalement à moyen terme. De ce fait, et comme d'ailleurs la plupart des pays membres de l'OPEP, le Gabon se préoccupe dès maintenant de préparer ce qu'il est convenu d'appeler l'ère de "l'après-pétrole".

C'est ainsi que, parmi les principales options du cinquième plan de développement économique et social (1984-1988), figure en bonne place la "promotion des Gabonais", la quelle doit se traduire notamment par la création d'exploitations agricoles modernes et d'entreprises de production de biens et services adaptés aux besoins locaux et réparties sur l'ensemble du territoire.

16. BIT: *Rapport du Directeur général, sixième Conférence régionale africaine* Tunis, octobre, 1983, p. 45.

Cet objectif ne pourra évidemment être atteint que si les jeunes Gabonais, qui sont les principaux intéressés, choisissent en nombre de créer des exploitations en entreprises de ce genre. Tel n'était pas le cas encore récemment, car ils répugnaient à exercer une activité indépendante, notamment en zone rurale, qui non seulement se déroulerait dans des conditions de vie et de confort souvent précaires, mais encore ne leur procurerait aucun des avantages sociaux dont les salariés, eux, bénéficient de longue date.

Cette désaffectation des activités indépendantes, qui ne s'observe pas qu'au Gabon, a pris dans ce pays une ampleur à la mesure de son développement économique, lequel multiplie les possibilités de formation et les offres d'emploi et hisse les rémunérations à un niveau substantiel<sup>17</sup>. En outre, les salariés, qui pour leur grande majorité résident dans les villes les plus grandes, y bénéficient d'un réseau d'activités et de services encore peu disponibles dans les autres localités.

Pour ces raisons, l'exode rural a pris au Gabon une extension telle que près de la moitié de la population totale réside dans les trois villes industrielles du pays. Cette densification de l'habitat urbain entraîne un déclin rapide de l'agriculture aussi bien de rapport que de subsistance. Ainsi, les recensements agricoles de 1960 et de 1975 révèlent que, si le nombre des exploitations n'a guère varié pendant cette période et se situe aux alentours de 71 000, la valeur des actifs installés sur ces exploitations a baissé de plus d'un quart, ainsi d'ailleurs que la superficie moyenne cultivée. Si l'on considère que l'effectif total des personnes vivant au sein de familles agricoles n'a régressé que de 6 pour cent dans le même temps, ces seuls chiffres suffisent à confirmer la diminution de la production disponible d'origine villageoise et sur-

17. Le salaire minimum applicable au Gabon est fixé officiellement à 40 000 francs CFA (800 francs français) par mois pour l'ensemble des travailleurs. Compte tenu d'une garantie supplémentaire de 20 000 francs CFA prévue pour les nationaux, il s'élève en fait, pour ces derniers, à 60 000 francs CFA (1 200 français), chiffre qui compte parmi les plus élevés du continent.

tout, après déduction d'une autoconsommation pratiquement incompressible, celle, beaucoup plus forte, des quantités vendues sur le marchés locaux.

Le Gabon, de ce fait, est devenu progressivement tributaire de l'étranger pour la quasi-totalité de son alimentation de base, la production nationale ne pouvant suffire, même lorsqu'il s'agit de produits aussi traditionnels que la banane ou le manioc<sup>18</sup>. Cette situation est préoccupante à un double titre: d'une part, la contribution de l'agriculture au produit intérieur brut demeure faible (4,6 pour cent en 1982) malgré les progrès dus à la mise en route récente de grands projets agro-industriels; d'autre part, les achats de produits alimentaires représentent 16 pour cent du total des importations, soit les trois quarts des recettes tirées de l'exportation du bois.

S'il est vrai que le secteur des coopératives agricoles a connu un regain d'activité depuis le début des années quatre-vingt, les dimensions en sont modestes, puisqu'il ne concerne qu'une quarantaine de groupements, soit environ un millier d'actifs. De plus, l'âge, moyen des membres de ces groupements reste aussi élevé que celui de l'ensemble des agriculteurs, soit cinquante et un ans. Ce dernier point n'est pas fait pour galvaniser la production agricole d'origine villageoise, qui est seule à pouvoir garantir l'approvisionnement du marché national en produits vivriers de base.

Soucieux d'assurer, à terme, l'autosuffisance alimentaire du pays et, par ce biais, de préserver un volume satisfaisant d'emplois sans être tributaire de ressources naturelles non renouvelables, le gouvernement gabonais se préoccupe de moderniser son agriculture. Les efforts poursuivis s'orientent dans deux directions complémentaires: d'une part vers les projets agro-industriels, qui connaissent un essor certain, mais dont l'incidence sur l'emploi, sans

18. Informations reprises de l'enquête statistique sur les produits vivriers effectuée périodiquement sur les marchés de Libreville par des agents du ministère de l'Agriculture.

être négligeable, reste limitée<sup>19</sup> et qui ne peuvent pas être implantés sur tous les sites; d'autre part vers la promotion d'une véritable agriculture villageoise à vocation marchande, répartie dans toutes les provinces, notamment à proximité des centres urbains et sur le trajet du chemin de fer transgabonais, dont la première ligne sera achevée dans les prochaines années.

La seconde direction offre évidemment un champ privilégié pour le développement des coopératives agricoles. Dès lors, un des moyens à envisager pour retenir des jeunes dans ce secteur est la mise en place d'un système de protection sociale aussi enviable que celui dont jouissent les travailleurs salariés, complété par des mesures plus générales en matière d'habitat (aide à la construction), d'hydraulique villageoise<sup>20</sup>, d'électrification, d'aides matérielles à l'acheminement et à la commercialisation des produits. Dans cette optique, l'amélioration de la protection sociale des sociétaires de groupements agricoles à vocation coopérative dépasse le cadre purement social pour devenir l'un des éléments d'un plan intégré de développement d'une agriculture moderne de type familial sur toute l'étendue du territoire.

De même, puisqu'il est constaté que les nationaux sont mal représentés au Gabon au sein de l'artisanat de production et de la petite entreprise<sup>21</sup>, d'ailleurs peu développés au regard des possibilités qu'offre le pays, une politique particulière de promotion est menée à l'intention de ces secteurs. C'est, là encore, un plan

19. Le nombre d'emplois salariés dans l'agriculture est passé de moins de 150 personnes en 1974 à près de 4000 en 1983.
20. Le programme d'hydraulique villageoise consiste à équiper de pompes la totalité des 355 villages de plus de 200 habitants que compte le Gabon. Ce programme est en cours de réalisation dans les différentes provinces.
21. Une étude ponctuelle menée en 1983 dans les six principales villes du pays a montré que le pourcentage de Gabonais parmi les artisans et commerçants était inférieur à 40 pour cent. Certains secteurs comme les transports, l'artisanat de production et de services ou la pêche sont tenus à 75 pour cent ou plus par des ressortissants d'autres pays africains ou du Moyen-Orient. Les nationaux ne sont majoritaires que dans le secteur du commerce.

d'ensemble qui a été conçu, à partir d'un réaménagement de l'organisme d'aide aux petites entreprises allant dans le sens d'une meilleure technicité et d'une augmentation des actions d'encadrement et de préfinancement.

Le volet social de cette politique de promotion de la petite entreprise gabonaise, c'est précisément l'amélioration des prestations offertes: ainsi devraient être levées les réticences qu'éprouvent les nationaux à investir leurs capitaux et leur force de travail dans les activités indépendantes dont le pays a besoin pour assurer à terme la poursuite de sa croissance économique.

#### **4. Rationaliser l'ensemble du système de protection sociale. Cas des agents contractuels**

Il était par ailleurs possible de mettre à profit la réforme du système de protection sociale pour rationaliser en même temps un certain nombre de procédures en vigueur et rapprocher ainsi les conditions et modalités d'octroi des prestations des trois régimes existants, à savoir celui des travailleurs salariés, celui des fonctionnaires civils et militaires et celui des personnels permanents non titulaires de l'administration (les "agents contractuels").

La première étape de cette démarche fut accomplie en 1981, avec l'adoption d'un important décret d'application du Code de la sécurité sociale, qui mettait un terme provisoire à l'édification du régime des travailleurs salariés du secteur privé<sup>22</sup>.

Dans le cadre de la procédure d'extension de la couverture sociale, des études furent alors entreprises en vue de l'instauration; dans la mesure du possible, d'un système unique pour tous les agents de l'Etat, inspiré des dispositions en place pour les travail-

22. Les prestations offertes dans le cadre du régime de sécurité sociale des travailleurs salariés ont connu de nouvelles améliorations dans la période récente, avec l'instauration d'une allocation annuelle de rentrée scolaire (30 pour cent du SMIG) et la majoration de 50 pour cent des allocations familiales (qui atteignent 8,6 pour cent du SMIG par enfant et par mois) intervenue en 1983.



leurs salariés. Compte tenu, en effet, de l'importance des modifications structurelles qu'allait nécessiter la prise en charge des personnes indigentes et des travailleurs indépendants, il fut décidé de limiter, au moins dans un premier temps, la procédure d'harmonisation aux agents contractuels de l'État. En effet, ces derniers, qui représentent environ le cinquième de l'effectif des agents permanents, étaient ceux pour lesquels des améliorations semblaient le plus urgentes.

Inclus depuis l'indépendance dans le champ d'application du Code de la sécurité sociale, et bénéficiant de l'ensemble des dispositions applicables aux salariés de droit privé, les agents contractuels de l'État en avaient été presque totalement exclus en 1979, lorsque les pouvoirs publics avaient décidé, pour des raisons d'opportunité financière, de prendre directement en charge le service des prestations à court terme (soins de santé et prestations familiales notamment) et d'arrêter de ce fait le versement à la CNSS des cotisations correspondantes. Pour les prestations à long terme (pensions), les agents contractuels de l'État continuaient de relever du régime des salariés.

Cette dichotomie ne laissait pas de causer de réelles difficultés aux agents concernés: ils relevaient ainsi de quatre administrations différentes pour leur protection sociale, à savoir la CNSS (pensions), la Santé publique (hospitalisations, soins externes, évacuations sanitaires), la Direction de la solde du ministère de l'Économie et des Finances (prestations familiales) et le Trésor public (participation aux dépenses de santé). Par ailleurs, le retrait du régime des salariés avait eu aussi pour conséquence de leur faire perdre le bénéfice de la couverture contre les risques professionnels, et de leur retirer le droit d'accès automatique aux prestations sanitaires dispensées par la CNSS dans ses formations hospitalières, centres médico-sociaux et organismes de distribution gratuite de produits pharmaceutiques.

Il devenait donc souhaitable de grouper de nouveau l'ensemble de la protection sociale de ces agents au sein d'un régime unique, afin d'enrayer un mécontentement latent qui risquait de gêner à l'avenir le recrutement de nouveaux personnels, notamment

dans le secteur vital de l'enseignement, où les agents contractuels sont particulièrement nombreux.

La mise en place d'un régime financé essentiellement sur les fonds publics offrait à cet égard une perspective intéressante, puisqu'il permettait ce regroupement tout en maintenant le principe du financement budgétaire des prestations le plus onéreuses.

### **LA METHODE ADOPTEE**

On conçoit aisément que la mise en oeuvre d'une réforme aussi importante risquait de rencontrer de sérieux écueils sur le plan de la procédure. Pour les éviter, il convenait que la réflexion préliminaire soit conduite avec un soin particulier et que les principaux secteurs concernés soient, dès le départ, associés à l'ensemble de la conception. Cette procédure de large concertation a permis d'aboutir en juin 1982, soit un an après sa mise en route, à l'adoption par le gouvernement d'un projet de loi définissant les principes de l'extension de la protection sociale.

On peut considérer ce délai comme remarquablement bref, compte tenu de la complexité et des incidences des questions traitées. Le texte ainsi élaboré fut adopté par l'Assemblée nationale et promulgué en janvier 1983, sous la forme d'une loi portant code de garantie sociale, où sont arrêtées les grandes lignes du régime de couverture sociale des agents contractuels de l'Etat, des travailleurs indépendants et des personnes indigentes.

Après l'adoption du décret fixant les modalités pratiques de la mise en oeuvre du nouveau régime, décret élaboré selon la même procédure de large concertation qui avait prévalu pour la mise au point du texte de base, l'ensemble du dispositif requis pour la mise en place de la garantie sociale était complété dès le 1<sup>er</sup> juillet 1983.

La gestion de ce régime était confiée à un établissement public de type nouveau, la Caisse nationale de garantie sociale (CNGS), qui jouissait de l'autonomie administrative et financière sous le

contrôle de l'Etat représenté par le ministère de l'Economie et des Finances et le ministère chargé de la Sécurité Sociale.

Sans revenir ici sur le détail des dispositions retenues, qui ont déjà fait l'objet de plusieurs publications à caractère technique<sup>23</sup>, il semble opportun d'en rappeler les grandes lignes pour montrer de quelle façon on a voulu répondre aux objectifs et préoccupations de politique économique et sociale évoqués dans les pages qui précèdent.

## LA REGIME DE GARANTIE SOCIALE

Les prestations du régime de garantie sociale et leur financement sont récapitulées dans le tableau. Les bénéficiaires en sont les trois catégories de la population qui, jusqu'alors, étaient insuffisamment ou non protégées: les agents contractuels de l'Etat, les travailleurs indépendants de nationalité gabonaise et les personnes dites indigentes, ces dernières étant définies comme des nationaux dont le revenu est inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG)<sup>17</sup>

Les agents contractuels et les travailleurs indépendants, mais non les personnes indigentes, bénéficient de prestations comparables à celles que la sécurité sociale accorde aux salariés. A cette différence il y a deux raisons: d'abord des considérations d'ordre financier, les indigents ne pouvant contribuer au coût des prestations et constituant le groupe numériquement le plus important; ensuite et peut-être surtout la nécessité de donner aux prestations un caractère incitateur au profit des catégories comprises dans le secteur moderne de l'économie.

## PRESTATIONS ET FINANCEMENT

Ce caractère incitateur a été conservé lorsqu'il s'est agi de définir les modalités du financement du nouveau régime. S'il était

23. Voir notamment BIT: *Bulletin d'informations sociales*, No. 2, 1983; AISS: *Revue internationale de sécurité sociale*, No. 2, 1983; AISS: *Rapport du Secrétaire général*, XXI Assemblée générale; *Jeune Afrique*, No. 1195 à 1197.

clair que, du fait de leur dénuement quasi total, aucune participation ne pouvait être attendue des indigents, le principe retenu pour les travailleurs indépendants fut de limiter le montant de leur contribution: celle-ci ne couvre que les dépenses afférentes aux risques professionnels et aux pensions de vieillesse, invalidité et survivants. Le coût des autres prestations (soins de santé, dont l'hospitalisation et l'évacuation sanitaire, prestations familiales) est intégralement imputé au budget de l'Etat, qui prévoit le versement, par dépôt bancaire au compte de la CNGS, d'une dotation annuelle à cette fin, comme cela se fait pour les personnes indigentes. A titre indicatif, la dotation budgétaire totale requise pour le fonctionnement de la CNGS en 1984 représente environ 0,7 pour cent du budget de l'Etat gabonais.

Ce principe, qui vise à limiter le coût pour les travailleurs indépendants de leur régime obligatoire de protection sociale, a permis de fixer à un niveau modéré le montant des cotisations appelées. Forfaitaire, ce montant dépend de la nature de l'activité des intéressés, que l'on a répartis à cette fin en trois catégories: coopérateurs et petits détaillants, artisans et commerçants moyens, membres des professions libérales et entrepreneurs. Les sommes en cause représentent mensuellement de 8 à 24 pour cent du SMIG selon la catégorie.

Une telle politique se démarque ainsi résolument de celle d'assistance limitée qui prévaut encore à l'heure actuelle dans la plupart des pays d'Afrique pour les non-salariés. C'est en fait un véritable régime de sécurité sociale, couvrant l'ensemble des éventualités classiques, qui à pu être mis en place pour servir aux travailleurs indépendants des prestations de niveau égal, globalement, à celles dont bénéficient les travailleurs salariés.

Les agents contractuels de l'Etat ne cotisent que pour leur régime de pensions, à raison de 2 pour cent de leur traitement imposable dans la limite de 750 000 francs CFA par mois, soit un peu moins de vingt fois le SMIG. La part patronale représente, elle, 5 pour cent du traitement. Leurs autres prestations (risques professionnels, santé, prestations familiales) sont financées par le budget de l'Etat.

## LE REGIME DE GARANTIE SOCIALE ET SON FINANCEMENT

Prestations	Catégories sociales		
	Agents contractuels de l'Etat	Travailleurs indépendants	Personnes indigentes
Prestations des risques professionnels	Financement par une dotation budgétaire de l'Etat	Financement par cotisations des assurés (de 40 000 à 120 000 francs CFA par an selon la catégorie) qui couvre à la fois les risques professionnels et les pensions	
Pensions de vieillesse, invalidité et survivants	Pensions et capital décès  Financement par cotisations: agent: 2 pour cent du traitement, Etat employeur: 5 pour cent du traitement	(voir ci-dessus)	
Soins de santé	Financement par budget de l'Etat + participation de l'assuré pour évacuation sanitaire et hospitalisation	Financement par budget de l'Etat + participation de l'assuré pour évacuation sanitaire et hospitalisation	Financement par budget de l'Etat
Prestations familiales et de maternité <sup>1</sup>	Allocation prénatale Frais d'accouchement Prime à la naissance	Allocation prénatale Frais d'accouchement Prime à la naissance	Frais d'accouchement Prime à la naissance (en nature)

Prestations	Catégories sociales		
	Agents contractuels de l'Etat	Travailleurs indépendants	Personnes indigentes
	Allocations familiales	Allocations familiales	Allocations familiales
	Allocations rentrée scolaire	Allocations rentrée scolaire	Allocations rentrée scolaire
	Allocation de salaire unique Financement par budget de l'Etat	— — Financement par budget de l'Etat	— — Financement par budget de l'Etat

1 Les taux applicables aux deux premières catégories sont les mêmes que pour les salariés. Ils sont inférieurs pour les personnes indigentes.

Les dispositions prises en faveur des personnes indigentes ne couvrent que les risques essentiels (protection de la famille, soins de santé) et ne prévoient pas, naturellement, les mêmes montants que pour les autres catégories sociales, mais elles présentent la grande originalité d'une individualisation du droit et d'un suivi administratif réel.

Pour éviter le risque d'effets pervers parfois lié à la distribution massive de prestations en espèces en zone rurale — risque au demeurant limité au Gabon du fait d'une circulation monétaire relativement dense dans le cadre en particulier de la solidarité pecuniaire à l'intérieur de la famille élargie — les allocations familiales et la prime annuelle de rentrée scolaire sont servies directement entre les mains des mères, au sein du village. La périodicité quadrimestrielle retenue pour les prestations de base doit par ailleurs permettre de faire face aux dépenses de petit investissement nécessaires pour améliorer la situation matérielle de la famille: une échéance normale représente par exemple pour une mère de trois enfants — ce qui correspond à la moyenne nationale — l'équivalent du tiers du SMIG.

Par ailleurs, compte tenu de l'expérience acquise lors de l'application du régime des travailleurs salariés, la prime à la naissance est servie en nature, sous forme d'une layette remise au moment de l'accouchement sous contrôle médical. Ce type de prestations est en effet reconnu comme l'un des moyens privilégiés d'augmenter les chances de survie d'un nouveau-né dans un climat équatorial à très fort taux d'humidité.

Quant aux soins de santé (consommation pharmaceutique, hospitalisation, évacuation sanitaire), ils sont pris en charge en toute gratuité pour les intéressés dès lors qu'ils interviennent dans une formation sanitaire publique ou gérée par la Caisse nationale de sécurité sociale. L'identification du bénéficiaire est assurée par la présentation d'un justificatif de son affiliation à la CNGS qui lui est remis par les agents de celle-ci. Les factures correspondantes sont transmises par les formations sanitaires à la CNGS, qui les honore directement.

Il convient de noter que les dispositions adoptées en matière de soins de santé sont les mêmes pour les trois catégories d'assujettis à la CNGS. Toutefois, les travailleurs indépendants et les agents contractuels de l'Etat sont appelés à lui régler une participation aux frais en cas d'hospitalisation ou d'évacuation sanitaire, avec possibilité d'exonération soit sur critères sociaux, soit en cas de soins longs et coûteux.

Ces modalités ont pour objet non seulement d'accorder un peu de mieux-être aux plus démunis et un volant de trésorerie aux formations hospitalières, mais aussi, par la redistribution d'une partie du revenu national qu'elles supposent, de provoquer une relance de la consommation des ménages en zone rurale, laquelle devrait d'abord se porter sur des biens de première nécessité produits localement. Là encore, l'intérêt social évident se double donc d'un intérêt économique non négligeable.

## **ADMINISTRATION**

Un tel dispositif requiert, compte tenu de la dispersion des populations concernées, l'utilisation de techniques administratives nouvelles telles que l'implantation d'antennes régionales dans tout le pays, la distribution de cartes d'assuré social à chacune des personnes recensées en zone rurale par les agents de la nouvelle caisse, le service dans les villages des prestations sociales sur la base de listes nominatives gérées par un programme informatique, la mise à jour des fichiers par la collecte des informations et pièces requises à chaque opération de règlement. Ce sont là autant d'éléments novateurs pour la gestion de la sécurité sociale en Afrique.

Telles sont, sommairement décrites, les grandes options qui ont suscité la réforme du système gabonais de protection sociale et la naissance du régime de garantie sociale.

Cette "voie gabonaise" ne saurait bien sûr être généralisée. Elle repose sur des réalités propres au pays: solide implantation du salariat, finances publiques prospères et saines, bonne pratique administrative sur l'ensemble du territoire, taux de scolarisation



particulièrement élevé et forte densité d'infrastructures sanitaires, le tout pour une population autochtone relativement faible.

Dans ces conditions, l'extension de la protection sociale devenait non seulement supportable financièrement puisque de dimensions modérées au regard de la population déjà couverte, mais encore administrativement viable puisque reposant sur un état civil solide, et enfin socialement utile dans la mesure où elle s'insérait dans un dispositif global de promotion de l'entreprise individuelle qui n'empêchait pas pour autant les plus défavorisés de profiter des fruits de la croissance.

L'instauration du régime de garantie sociale est donc une action qui répond à la réalité gabonaise et qui n'est guère exportable dans des pays n'ayant pas atteint le même niveau de développement économique et social. Elle présente cependant un intérêt pratique universel, ne serait-ce que par la preuve ainsi fournie de la possibilité, pour un pays encore en développement, de réaliser avec les moyens financiers, techniques et humains qui sont les siens un dispositif cohérent de protection sociale, inséré de façon originale dans le processus d'ensemble du progrès auquel elle peut et doit contribuer. C'est pour cette raison que l'expérience gabonaise méritait d'être portée à la connaissance du plus grand nombre.

A PROPOS DE L'EXTENSION  
DE LA PROTECTION  
DES GROUPES MARGINAUX  
DES ZONES RURALES\*

Félix Argüelles Varcárcel\*\*

\* Allocution présenté par la Délégation de Cuba.

\*\* Conseiller de la Direction. Comité d'Etat du Travail et de la Sécurité Sociale.



## LE SUJET

Le sujet qui va être abordé dans cette table ronde constitue certainement un apport de plus aux multiples travaux qui ont déjà entrepris par l'Association Internationale de la Sécurité Sociale et par la Conférence Interaméricaine de la Sécurité Sociale pour l'étude sur le continent américain des conditions socio-économiques de la population rurale, pour l'évaluation des mesures prises dans le but de les améliorer, pour la mise au point de perspectives et pour formuler des recommandations. Rappelons, par exemple, la grande étude objective présentée à la VIIIème Conférence, qui a eu lieu à Panama en 1968, avec le titre: "Extension de la Sécurité Sociale à la population rurale", exposé de MM. Ricardo García Sáinz, Alejandro Hazas et du Docteur César Lechuga. La situation générale, caractérisée comme cela est signalé dans le document cité en référence, par la pauvreté, par l'analphabétisme, par une faible productivité, par une technicité précaire, et finalement, par les niveaux de vie comprimés des grandes masses paysannes, n'a pas changé depuis cette date à aujourd'hui, selon des études plus récentes de cette même Conférence.

Le fait d'avoir orienté cette présente conférence sur les problèmes relatifs aux marginaux de la campagne, complète, à notre avis, les études faites antérieurement. Cuba assiste à cette rencontre internationale parce qu'il considère qu'il est utile de traiter ce thème-ci. Accablés de problèmes, les paysans, et plus particulièrement les paysans marginaux, veulent des solutions.

Poser le problème exige tout d'abord que l'on délimite à l'intérieur de la masse paysanne le groupe des marginaux. Comme cela a déjà été exprimé dans un autre document de la Conférence Interaméricaine, la marginalité constitue en Amérique Latine un phénomène présent dans de grands groupes primaires de la campagne travaillant dans une agriculture de subsistance et affectés par un fort taux de chômage, une démographie en hausse et en conséquence une tendance à un exode vers les centres urbains. Il s'agit d'un concept qui, une fois bien établi dans la Conférence et réunissant des facteurs très caractéristiques, permet de se centrer sur l'analyse de ces groupes sociaux.

## LES GROUPES MARGINAUX A CUBA AVANT LE TRIOMPHE DE LA REVOLUTION

Cuba peut apporter comme éléments à l'étude du thème proposé, d'une part, les expériences d'une structure rurale existante avant le triomphe de sa Révolution populaire en 1959, expériences réalisées en partie par de grandes masses de travailleurs ayant des caractéristiques semblables à celles exposées dans le concept de la marginalité; et d'autre part, la direction et les applications concrètes du programme avec lequel notre pays a fait face à ses maux économique-sociaux, et parmi eux ceux de la masse paysanne qui justifie aujourd'hui notre présence à cette Table Ronde.

L'analyse de la paysannerie cubaine dans le Cuba prérévolutionnaire, reflète l'existence de trois couches bien définies dans une structure fondée sur la grande propriété exploitée de manière capitaliste ou selon des formes semi-féodales, l'exploitation des terres par des propriétaires absents et un fort degré de concentration de la propriété rurale, 46% des terres exploitées étant entre les mains de 1,5% des propriétaires. A côté existe la petite propriété qui représente 70% des exploitations avec des étendues de moins de 26 hectares.

Dans la partie supérieure de la stratification se trouve le groupe réduit des propriétaires, liés à la haute bourgeoisie, aux monopoles et aux grands propriétaires fonciers, qui employaient avec les caractéristiques propres du capitalisme des ouvriers agricoles pour l'exploitation de leurs fermes; en dessous, le paysan moyen, formé par les cultivateurs qui disposaient en propriété ou en location une petite portion de terre qu'ils travaillaient personnellement et, parfois, ils recouraient à l'aide d'un nombre limité d'ouvriers agricoles; ensuite, dans la dernière couche, le fort contingent de semipropriétaires qui, avec un morceau de terre en location, en métayage ou précaire, se faisaient employer comme ouvriers sur les terres des grands colons ou des paysans moyens. Ce sont les paysans les plus pauvres, sans accès à la lointaine école, à l'hôpital de la ville, aux bénéfices limités de la sécurité sociale des ouvriers de la canne à sucre. A côté de ces couches,

pour compléter la composition de la population paysanne d'hier, il existait quelques 600 000 ouvriers agricoles sans terre, errant la majeure partie de l'année en quête d'un travail, toujours sujets à des emplois instables, cycliques ou irréguliers.

Ces agriculteurs pauvres et ces ouvriers agricoles constituaient des groupes que l'on pourrait comprendre sans doute dans le concept de la marginalité défini par la Conférence Interaméricaine. La structure décrite déterminait comme conséquences sociales dramatiques, principalement dans ces groupes, l'analphabétisme, qui se montait à 41,7% de la population dans les zones rurales; les maisons peu sûres et insalubres, construites pour 62,5 d'entre elles en bois, guano et avec un sol de terre battue; et un déficit alimentaire de plus de 1000 calories par personne. Le langage routinier, l'habillement, les instruments de travail, la technique, les moyens de transport, sont des aspects qui complètent la situation de ces marginaux. Pour les autres pays sous développés, avec des structures économiques coloniales ou semi-féodales, le tableau n'est ni nouveau ni étrange.

## **LE PROGRAMME DE LA REVOLUTION CUBAINE**

Le processus révolutionnaire cubain, qui a impliqué une rupture radicale avec le passé qu'il soit économique, politique, social ou culturel, a produit un changement profond dans la vie paysanne. La Révolution a fait un programme qui s'est déroulé sans déviation dans la marche héroïque du peuple cubain pendant ces dernières vingt-cinq années. Les institutions qui ont surgi à la chaleur de ce programme ont répondu d'abord à l'objectif central de changer la structure de l'économie agraire, jetant les bases pour affirmer la pleine indépendance politique et pour pousser au développement intégral du pays? Les premières mesures transcendantes de la Révolution se sont répercutées sur la campagne.

Conçue comme l'axe du processus, la Réforme Agraire n'a pas seulement transformé le régime de la propriété de la terre, mais encore elle a appliqué un vaste programme orienté pour assurer l'emploi permanent de l'ouvrier agricole, l'assistance technique

aux paysans, le crédit agricole, les soins, le développement d'habitations convenables et l'extention du régime de Sécurité sociale aux salariés de la campagne.

De telles projections économique-sociales ont eu une forme juridique dans les lois régulatrices de la Réforme Agraire. La première, de 1959, a limité la quantité maximum de terre qui pouvait être possédée à 402,6 hectares, a ordonné la redistribution des terres expropriées et a promu le développement de coopératives. Conformément à ses préceptes, l'Institut National de la Réforme Agraire a été créé, en tant que structure politico-administrative chargée d'appliquer la Loi et il a été instauré 28 zones de Développement Agraire, qui sont des divisions administratives qui ont la faculté pour réaliser effectivement les objectifs de la Réforme sous la direction de l'Institut sus-mentionné.

La seconde Loi, de 1963, a décrété, dans une autre phase du processus, l'expropriation des exploitations supérieures à 67,1 hectares, élevant ainsi le fond des terres en propriété sociale à 70% de la superficie du pays et créant ainsi la base pour intensifier le développement des forces productives dans l'agriculture. Les terres nationalisées ont été groupées en fermes d'état, qui sont des unités de productions de 20 à 40 mille hectares, avec des cultures diversifiées et un haut niveau technique et organisé. Le reste des terres est resté aux mains d'une masse d'agriculteurs privés qui, à partir de 1961, ont formé l'Association Nationale des Petits Agriculteurs, qui oriente ses membres pour la production, qui est un instrument de viabilité de la distribution des ressources (crédits, fertilisants, grains, machines) et qui est en plus un moyen qui a donné une impulsion à la formation générale et professionnelle à la campagne.

Dans une phase postérieure de son développement, la Réforme Agraire a réussi à orienter la production des petits agriculteurs sur de nouvelles bases; et depuis 1975 a effectivement commencé le processus d'intégration volontaire de ces agriculteurs aux coopératives de production agropastorale qui a transformé la production individuelle commerciale en production sociale. L'esprit coopératif, stimulé par d'évidents résultats fructueux

que donne le travail collectif, a donné lieu à la création de plus de 1 340 coopératives qui comprennent environ 971 594 hectares, soit 75% des terres appartenant aux petits agriculteurs. Le nombres d'associés, propriétaires collectifs des terres, se monte déjà à 82 149 dont 27.5% sont des femmes.

Parallèlement à la croissance des coopératives par la venue de nouveaux associés, dans une phase ultérieure du processus mentionné, il se développe la formation de coopératives plus importantes, dont l'extention et la base en matériel technique les convertissent en des vraies entreprises agricoles, où est possible de planifier la production et d'employer à une échelle plus grande la technique et la mécanisation. Les coopératives sucrières, par exemple, possèdent des machines et des équipements pour semer et cultiver, des appareils pour la coupe mécanisée, des camions pour le transport.

### **REPERCUSSION DU PROGRAMME DANS UN ASPECT SOCIAL**

Les progrès que la Réforme Agraire a déterminés dans le domaine économique, se joignent à un ensemble de réussites sociales qui sont aujourd'hui les conditions de vie normales du paysan cubain. La politique sociale du Gouvernement Révolutionnaire en ce qui concerne les paysans, était orientée dès 1959 pour créer les bases nécessaires à l'élévation systématique du niveau de vie de la famille paysanne. Les objectifs immédiats ont consistés à donner un travail, de manière stable, à tous les travailleurs salariés, de proposer une aide technique aux petits agriculteurs et d'attribuer les crédits nécessaires pour entreprendre l'exploitation intensive des terres adjugées.

La création de fermes d'état dans les grandes propriétés nationalisées a permis l'introduction progressive de la technique et de la mécanisation dans le travail agricole, ce qui a donné lieu à l'existence de plus de 500 entreprises agropastorales qui assurent aujourd'hui en permanence le travail des salariés ruraux.

Les bénéfiques de l'enseignement se sont unis à la suppression du chômage. A partir de décembre 1959 et faisant partie des inves-



tissements réalisés dès les premiers moments pour promouvoir l'enseignement, plusieurs écoles rurales ont été créées. La Campagne d'Alphabétisation commencée en 1961 s'est notablement répercutée sur la campagne. Cette année-là il y avait en fonctionnement 3 149 salles de classe avec 84 055 adultes inscrits, cela afin d'assurer l'éducation des paysans déjà alphabétisés. Pendant les années suivantes des plans ont été développés pour obtenir que les alphabètes continuent leurs études jusqu'au sixième degré dans les salles de classe pour l'éducation des ouvriers et des paysans et l'Institut National de la Réforme Agraire a encouragé les travaux de formation de techniciens, d'auxiliaires et d'autres travailleurs pour l'utilisation de méthodes scientifiques. Aujourd'hui il n'y a plus d'analphabètes dans le paysannat cubain. Sur les 22 864 écoles d'enseignement primaire existant dans le pays, 10 198 sont situées à la campagne; et sur les 246 centres d'enseignement préuniversitaire, 183 sont situés à la campagne. Les centres d'enseignement moyen et supérieur ont plus de 10% de leurs diplômés dans des matières agropastorales. C'est ainsi que disparaissent peu à peu les différences culturelles entre les habitants des villes et ceux de la campagne.

En ce qui concerne la santé nous pouvons indiquer que le développement des services médicaux ruraux a commencé en 1960, quand a été promulguée la loi qui a instauré le Service Médical Social après l'obtention du diplôme, qui fixait l'obligation aux nouveaux diplômés de se mettre au service à temps complet et exclusivement aux communautés rurales du pays, pendant un an, et qui permettait ainsi de disposer de ressources humaines indispensables à la réalisation des programmes de santé à la campagne. Dans un premier temps, l'effort a été limité à de petites unités situées dans n'importe quelle construction possible; mais aujourd'hui, en harmonie avec les possibilités permises par le Système National de Santé, on dispose de l'hôpital rural, du poste médical rural, du foyer pour les mères, et du foyer de traitement nutritionnel en tant qu'institutions qui font partie d'un réseau de services qu'incluent les services de soins ambulants, l'hospitalisation dans les cas de maladie ou d'accouchement, l'infirmier sur place, le contrôle de l'hygiène du milieu, les programmes de vaccination, l'accouchement institutionnel des femmes résidant

dans campagnes lointaines, l'éducation sanitaire, le séjour en hôpital de l'enfant sous-alimenté pour qu'il recouvre la santé et l'enseignement aux mères de thèmes en relation avec l'alimentation, l'hygiène et la puériculture. Voici des données actuelles: Il existe 52 hôpitaux ruraux, 173 postes de médecins ruraux et 81 foyers maternels. Au total ces unités représentent 22% des unités de services du pays.

*En ce qui concerne le logement, la Réforme Agraire ayant déjà un an d'existence, le Gouvernement Révolutionnaire a annoncé la création de 1 000 villages nouveaux pour les paysans et les ouvriers agricoles, avec leur école, leur magasin populaire et leur dispensaire médical. Jusqu'en 1981 le nombre de logements construits dans les pays est monté à 900 000, en grande partie édifiés dans des zones rurales. Cette année-là il y avait déjà 84% de l'ensemble des logements qui avaient l'électricité, dont 45,7% en zone rurale. Des dizaines de coopératives ont déjà regroupé leurs logements et construit des agglomérations où l'on commence à jouir des avantages de l'électrification, de l'eau possible et de moyens modernes de communication et de transport.*

## **ROLE DE LA SECURITE SOCIALE**

La protection des régions rurales s'est manifestée de manière significative dans la couverture qu'offre le Système de Sécurité Sociale. A partir de 1959, la sécurité sociale a répondu dynamiquement aux exigences imposées à chaque instant ou à chaque situation par le processus révolutionnaire. Dès 1963, sans faire de différence entre les travailleurs salariés de la campagne et de la ville et s'étendant à l'ensemble du territoire national, le régime de sécurité social est identique pour tout le monde; depuis 1983 il existe un régime établi pour les coopérateurs agropastoraux qui suit les mêmes lignes du régime concernant les salariés. La protection effective que reçoivent les travailleurs de la campagne se reflète dans le fait que 25 à 30% du total des prestations qui sont versées aujourd'hui correspondent à ces travailleurs.

Comme les autres salariés, les travailleurs agricoles sont protégés en cas de maladie, d'accident, de maternité, d'invalidité et

de vieillesse. Leur famille l'est en cas de décès du soutien de famille. Les travailleurs et leur famille bénéficient d'un système complet et cohérent de prestations en services, en nature et en espèce dont l'organisation et le financement sont garantis par l'Etat, sans cotisation de la part de l'assuré. Ils sont assujettis aux normes d'un système qui fixe le montant des prestations monétaires sur la base du salaire; une période de qualification n'est pas exigée pour avoir droit aux prestations à court terme; c'est l'activité laborale effectuée à n'importe quelle époque et dans n'importe quel secteur qui est prise en considération dans le décompte du temps de travail; on détermine des formules pour harmoniser le montant des prestations dans le but d'élever constamment le niveau de vie du travailleur; les prestations pour maladie ou accident sont accordées sans limite de temps; on peut arrêter de travailler quand arrive l'âge de la retraite et le reprendre après la cessation d'activité; le sexe et la nature du travail, difficile ou dangereuse, est prise en considération pour fixer les conditions les plus favorables pour le droit à la retraite; le travail méritoire est reconnu par une augmentation des prestations en espèces; et finalement les procédures sont fixées pour le paiement des prestations en espèce qui assurent la continuité du revenu.

En ce qui concerne les agriculteurs indépendants, ceux-ci ont été en dehors de toute assurance dans le Cuba prérévolutionnaire, à l'exception des travailleurs de la canne à sucre. Dans les premières années de la Réforme Agraire on a considéré qu'il n'était pas nécessaire de les inclure dans les dispositions régulatrices des prestations en espèce, considérant leurs conditions de vie et de travail caractérisées par la formation de noyaux familiaux où l'exploitation était réalisée en commun par les parents et les enfants et dans lesquels la protection familiale suffisait pour subvenir aux besoins économiques. Les bénéfices des services médicaux et d'enseignement, les avantages des communications et les crédits accordés par l'Etat étaient alors suffisants. Pourtant, en raison de cas de décadence économique pour quelques propriétaires de terre en raison de l'application de la Réforme Agraire, des mesures opportunes ont été dictées pour concéder des prestations aux rentiers affectés par la première Loi de Réforme Agraire; aux petits agriculteurs qui ne pouvaient pas continuer à

travailler personnellement leur terre en raison de leur âge avancée ou de leur invalidité; aux 7 000 Antillais amenés à Cuba dans les décennies des années 10 et 20 pour travailler dans les champs dans des conditions inhumaines et qui maintenant, malades ou invalides, ne disposaient d'aucun revenu, constituant ainsi la représentation la plus parfaite de la marginalité; et aux expropriétaires de la deuxième Loi de Réforme Agraire, à qui on a concédé le droit de continuer à recevoir une prestation de sécurité sociale jusqu'au moment de la fin du paiement de leurs indemnités.

Finalement, en 1983 un régime de sécurité sociale a été créé pour les coopérateurs agropastoraux, également garanti par l'Etat et suivant les traits généraux qui régissent le système des travailleurs salariés, en ce qui concerne les risques couverts, les conditions d'attribution et le niveau des prestations.

## ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

L'extension des programmes de protection à l'ensemble de la société s'est appuyée sur une organisation administrative née des bases économiques, sociales et politiques qui président à la construction du socialisme dans notre pays. L'administration est étatique. Les fonctions supérieures d'organisation, de direction et de contrôle concernent dans chaque groupe d'activités ou de fonctions un organe central. L'organisation administrative se fonde sur une participation croissante des travailleurs eux-mêmes et suit le principe de la décentralisation, en vertu de quoi les organes territoriaux constitués dans chacune des 14 provinces et dans chacune des 169 municipalités du pays ont le devoir d'appliquer les plans et les mesures.

Dans le domaine de la sécurité sociale, la direction, l'administration et l'exécutif du régime dépendent du *Comité d'Etat du Travail et de la Sécurité Sociale*, en coordination avec le Ministère de la Santé Publique, l'Assemblée Centrale de Planification, la Banque Nationale de Cuba, la Banque Populaire d'Epargne et le Comité d'Etat des Finances. Le *Ministère de la Santé Publique*, dans l'exercice de ses attributions en tant qu'organisme exécutoire,

teur des actions d'aide à la santé, de protection et de guérison, offre au moyen de ses centres d'assistance les prestations en services et en nature définies par le régime de sécurité sociale dans les cas de maladie, d'accident et de maternité. Ce Ministère a également à sa charge l'évaluation de l'invalidité par l'intermédiaire des Commissions d'Expertise Médicale. L'assistance médicale spéciale qui est dispensée en tant que partie du programme de rééducation intégrale du travailleur est une autre de ses activités. L'Assemblée Centrale de Planification, quand elle prépare le projet de directives fondamentales pour le développement perspectif de l'économie nationale, agit avec la participation, entre autres organismes, du Comité d'Etat du Travail et de la Sécurité Sociale. L'avant-projet du Plan Unique de Développement Economico-Social requiert la participation de ce Comité d'Etat sur des points comme celui de la sécurité sociale. La Banque Nationale de Cuba effectue les remboursements aux entités de travail des quantités que celles-ci versent comme subsides et comme prestations économiques pour maternité; et elle effectue le recouvrement des contributions à la sécurité sociale que réalisent les entités de travail et les cotisation fixées aux coopératives agropastorales. La Banque Populaire de l'Epargne, qui a à sa charge les fonds de la sécurité sociale, exécute par l'intermédiaire de ses agences bancaires et de ses centres de paiement (bureaux de poste et réseau du commerce au détail), le paiement des prestations aux bénéficiaires. Le paiement des prestations est effectué avec la présentation préalable par la bénéficiaire du carnet à souche qui contient les coupons pour l'encaissement des sommes qu'il a le droit de percevoir, et qui lui est remis par la Direction de la Sécurité Sociale.

En ce qui concerne l'aspect financier, l'ensemble des biens matériels et culturels qui sont offerts gratuitement ou à des conditions avantageuses à la population, proviennent des fonds sociaux de consommation, forme définie par l'Etat cubain pour mener à bien la distribution planifiée des ressources destinées à satisfaire les besoins sociaux.

Le budget central de l'Etat constitue l'instrument où sont centralisées les ressources financières qui proviennent des entreprises

et des unités dépendant de l'état et d'autres sources de revenus nationaux; et, il attribue les quantités nécessaires pour financer la sécurité sociale, l'assistance sociale, ainsi que l'éducation, la santé et les services communaux assurés par les entités dépendant de l'état. Dans les budget de province, à leur tour, on centralise les ressources financières provenant des entreprises et des unités dépendant de l'état et des entités du secteur non national de l'économie, destinés à financier tout ce qui concerne la protection sociale, l'éducation, la culture, la santé et l'assistance sociale assurées par les entités locale.

Parmi les revenus du budget central figurent les contributions à la sécurité sociale. Ces contributions sont à la charge des entités de travail et des travailleurs indépendants faisant partie du régime spécial de sécurité sociale créée pour eux. En 1983 ces contributions se sont montées à 660,7 millions de pesos, or le total des dépenses de sécurité sociale pour le paiement des pensions et des subsides a été cette année de 767,8 millions de pesos, ce qui fait que le déficit de 106,9 millions a été couvert par un apport de l'Etat. Dans le régime de sécurité sociale des coopérateurs agropastoraux, ceux-ci apportent au budget de l'Etat 3% de la valeur des ventes que réalisent les coopératives et ce depuis que la loi est entrée en vigueur (août 19837).

## CONCLUSION

Les apports de la sécurité sociale aux plans de protection des marginaux de la campagne ne peuvent être désestimés en aucune façon, particulièrement ceux qui au moyen des ressources organisées par les institutions de sécurité sociale dans le domaine sanitaire sont utilisés pour la prévention et la guérison de la santé ou l'assistance à la mère et à l'enfant, mais la sécurité sociale constitue seulement un aspect de la politique applicable par l'Etat pour le développement économique et social et elle ne représente pas le seul facteur de redistribution de revenu, et encore moins elle détermine par elle-seule le niveau de vie de la population. Une telle considération oblige à considérer à sa juste valeur la relation de la sécurité sociale avec le système socio-économique et l'économie nationale; et cela conduit à remar-

quer que le processus de transformation qu'il faut pour supprimer le phénomène de marginalité exige des décisions et des ressources de toutes natures et de grande envergure, ce qui fait qu'un régime de sécurité sociale ne peut cerner qu'un seul aspect, quelque soit sa méthode, son amplitude et sa profondeur.

Les obstacles qui empêchent l'extension des programmes d'amélioration et de protection des grandes masses marginales de la campagne ont été exposés aux tribunes internationales et dans des publications spécialisées, ces obstacles étant généralement l'isolement, la dispersion, les faibles revenus, le chômage. En dernière analyse, une structure économique coloniale ou semi-féodale de l'agro constitue toujours la cause primaire de ces obstacles. En tant que phénomène qui enfonce ses racines dans la structure économique, la possibilité d'appliquer avec succès des programmes similaires exige une transformation radicale de la structure socio-économique du pays.

La marginalité dans les campagnes est la manifestation aigüe d'un phénomène dont les solutions exigent de remonter aux causes qui l'ont produit et d'y rechercher les réponses qui permettront de l'éliminer définitivement.

Cuba affirme modestement avoir abordé la suppression radicale de la marginalité, comme une des projections de son processus révolutionnaire. Sa Réforme Agraire implique en même temps que la destruction de l'ancien régime de propriété de la terre, des stratégies en relation tant avec le point de vue social qu'avec le plein emploi permanent des travailleurs de la campagne et l'élévation constante du niveau de vie. Les mesures constantes de sécurité sociale ont fonctionné comme un complément des nombreux services offerts gratuitement aux habitants de la campagne dans les secteurs de la santé, de l'éducation, du logement, de l'alimentation. De nouvelles formes de vie, sans inégalités entre la campagne et la ville, dessinent le profil du Cuba actuel. La marginalité, c'est le passé.

INTRODUCTION GENERALE AUX  
EXPERIENCES EN MATIERE DE SOINS  
MEDICAUX PRIMAIRES DANS LES  
REGIONS RURALES DE LA CHINE\*

M. Song Yunfu\*\*

\* Document présenté par la délégation de la République populaire de Chine.  
\*\* Directeur adjoint, Dept. des Affaires Etrangères du Ministère de Santé.





Le délégué de la République Populaire de la Chine répond aux questions posées par les participants à la Table Ronde sur son rapport. Le Lic. Ricardo García Sainz, Directeur Général de l'IMSS et Président du CFISS, préside la séance.

## M le Président

### Mesdames Messieurs

C'est pour nous un grand honneur et un grand plaisir de pouvoir participer à cette Table Ronde sur l'extention de la protection social aux groupes marginaux des régions rurales, organisée par la AISS, le Comité Permanent Interamericain de Sécurité Social et l'Institut Mexican de la Sécurité Sociale. D'abord J'aimerai exprimer, au nom de toute la délégation médicale de la Chine nos felicitations pour avoir organisé cet événement avec beaucoup de sucies. Au même temps, nous voulons exprimer notre gratitude à M. Ricardo García Sáinz, Directeur Général de l'Institut Mexicain de la Sécurité Sociale et ses collegues de nous avoir invité à participer dans cet événement.

Aussi je voulais exprimer notre reconnaissance à tous les délégués pour les rapports brillants qui nous ont présenté leurs points de vue et leurs diagnostiques sur l'extension de la protection sociale aux groupes marginaux des zones rurales. Les rapports et les visites faites le 14, nous ont montré, le Programme IMSS-CO-PLAMAR de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire.

Nous sommes conscients des succès obtenus par le Mexique selon l'application de ce programme.

Monsieur le président, la protection et l'amélioration de la vie materielle et morale de groupes marginaux de zones rurales, sont extrêmement importantes et sont influées, comme les delegués, l'ont déjà dit, par plusieurs facteurs tels que la politique, l'économie, les conditions naturelles, etc. Il faut tenir compte que l'assistance médicale primaire est une partie importante de la sécurité sociale don't l'évolution relève du niveau socio-économique et à son tour, a des retentissements sur son développement. Permettez-moi vous donner quelques renseignements sur le travail de l'assistance médicale primaire dans les zones rurales de la Chine.

La république populaire de la Chine, est un pays multinational avec 1 milliard d'habitants. 55 nationalités travaillent dans cette vaste terre, dont les plus nombreuses sont les Han qui représentent 94% de la population. Le 80% de la population habitent dans les zones rurales, et le 90% de la population se trouve dans la zone sudorientale du pays et le reste se trouve en peu partout dans la zone territoriale national. Beaucoup de ces habitants se trouvent dans de zones montagneuses et lointaines. Cependant, le développement de l'économie, de la culture et de la santé ne se trouve pas encore au même niveau.

Avant 1949, année de la libération du pays, la Chine se trouvait avec une économie en stagnation et avec conditions de santé épouvantables. Les masses populaires se trouvaient dans la pauvreté et les maladies, si nous parlons du terme marginal, à cette époque la plupart du peuple chinois était en état de marginalité.

Lorsque la nouvelle Chine était fondée, la première chose que nous avons mis en marche a été la réforme agraire grâce à laquelle les paysans sans terre ou ceux qui en avaient peu ont en jusqu'à 46, 6 millions d'hectares de terre cultivable et autres propriétés de production, ils ont reçu une orientation vers le coopérativisme. Jusqu'au 1956 à l'échelle nationale ont établi nouveaux rapports de production socialistes, sans exploitation de l'homme par l'homme promouvant le développement socio-économique et culturel.

Au même temps ont fait grands efforts pour améliorer les services sanitaires, surtout dans les zones rurales et des minorités nationales, pour augmenter le niveau de santé du peuple. En Chine le taux de mortalité est descendu de 25% (avant la libération) jusqu'au 6,7% (en 1983). Le taux de mortalité infantile est descendu de 200% à 34, 68%. L'espérance de vie 67,88 ans pendant qu'avant c'était 35 ans, les deux derniers taux sont presque ceux des pays développés. On a construit plusieurs hôpitaux dans les zones rurales.

En 1949, il n'y avait que 1400 tout les hôpitaux simples avec 20 lits, qui représentait 1/4 partie des lits dans pays.

Maintenant, au niveau de district on a édifié des hôpitaux, des postes antiépidémiques, des postes pour la santé des mères et enfants, écoles de santé et 9 mille centres de médicaments.

Les lits des hôpitaux des districts sont déjà 241,000 c'est à dire 60% du total.

En 1960 nous avons éradiqué la variole, et après la libération du pays le choléra, la peste bubonique, la fièvre typhoïde, le tيفوس et les maladies vénériennes.

L'augmentation du niveau de la santé a promu le développement de l'économie et la culture, produisant ainsi les conditions pour l'amélioration de la vie du peuple et leur sécurité sociale.

Nous avons eu certains progrès dans le domaine de l'attention médicale primaire et nos expériences fondamentales sont les suivantes:

1) Le plus important c'est d'avoir une politique bien définie. La Chine est un pays socialiste en voie de développement. Le Service aux masses est notre guide fondamental dans les travaux sanitaires. "Le service aux ouvriers, aux paysans et soldats, de faire attention aux aspects préventifs d'abord: la combinaison de la médecine chinoise avec la médecine occidentale, établir un lien entre le travail sanitaire et les mouvements des masses" sont les quatre principes de base pour le travail sanitaire. Puisque le 80% de notre population habitent dans des zones rurales nous devons souligner les travaux sanitaires dans ces zones, telle que nous l'avons fait pendant les dernières 35 années.

Nous avons pris quelques mesures pour encourager le travail sanitaire dans les zones rurales.

2) Tenant compte des guides tracés par les principes mentionnés, il faut construire les organisations hygiéniques en accord avec le développement économique. La Chine a 22 provinces, 5 régions autonomes et trois municipalités directement subordonnées au

pouvoir central, dans sa division administrative. Les entités administratives après le niveau provinciale sont les municipalités, les prefectures autonomes et les districts. A présent la Chine a 2,100 districts, les entités qui viennent après le niveau districtale sont les cantons (les communes) et les villages (brigades de production). Les zones rurales dont nous parlons sont les districts, et des régions rurales très répandues, qui appartiennent aux districts.

Dans la dernière, période de 50 années des entités d'assistance médicale et santé ont été construites à niveau districtale et communale. Dans le decennie des années 60 on a edifié des organisations hygieniques dans la plupart des villages rurales. En 1983 la Chine avait déjà 2,340 hôpitaux généraux à niveau de district, 2084 centres profilactiques, 1879 centres de santé materno-infantiles; et quelques districts ont des hôpitaux de medecine traditionnelle chinoise et centres de contrôle de médicaments, ainsi que d'autres institutions consacrées aux traitements spécifiques.

Les institutions mentionées sont des centres pour la prévention et les traitements dans le district qui jouent un rôle important dans la prévention, traitement, guide technique et professionnelle et formation des cadres sanitaires.

Des polycliniques ont été construites en 50,000 cantons du pays. Les policliniques sont des entités sanitaires generales chargées de donner une formation professionnelle dans les domaines technique et administrative, l'assistance medicale, la prévention et la planification familiale.

Maintenant, la Chine a 56,000 polycliniques avec 746 000 lits. Chaque polyclinique a 134 lits. Les medecins dans ces polycliniques sont 1 million cinquante quatre mille, avec une moyenne de 19 personnes chaque une.

Dans les cantons 87% des villages ont des cliniques ou centres de santé publique, c'est à dire 600 mille qui font le travail de base dans les zones ruraux.

Les unités sanitaires sont organisées à trois niveaux: de district, de canton et de village pour s'aider les unes aux autres afin de

former un reseau sanitaire integré à trois niveaux. Ce reseau est la base des services médicaux pour les paysans, avec une distribution rationnelle des unités sanitaires pour raccourcir la distance vers les services médicaux, et afin de creer les conditions favorables pour achever le but de l'OMS: "santé pour tous par l'année 2000".

3) A fin d'établir des organizations de base de ces dimensions, nous devons faire des efforts enormes pour bien resoudre le problème des cadres médicales et des ressources financiers. Nous sommes decidés à faire un effort commun entre l'Etat, les collectivités et les masses: pour nous aider mutuellement dans les differents départements, pour accumuler des fonds à travers des differents canaux et former le personnel médical. A present les institutions à niveau de district et leurs medecins, sont formées et etablies par l'Etat. En ce qui concerne les polycliniques des communes populaires seulement un tiers sont etablies par l'Etat, et le reste est paye par les collectivités. Les 610 mille cliniques des brigades de production sont financés par les colectivités et les masses; le personnel medical est formé par 1 million 279 mille medecins pieds nus et 1 million 928 mille travailleurs de la santé et accoucheuses. Dans ces dernières années nous avons vu l'apparition des medecins privés dans plusieurs zones rurales après les reformes. Autrement, nous n'aurions pas eu tell succès dans une période si courte si tou les soins médicaux seraient financés par l'Etat.

Les medecines pieds nus sont une force importante dans les soins médicaux primaires. Nous avons etabli 1353 écoles medicales de perfectionnement pour former le personnel sanitaire et des techniciens à niveau primaire ainsi que des medecins pieds nue.

Normalement le premier stage de formation a une durée de 6 mois, et après il y a des cours de perfectionnement en différentes périodes. Maintenant, nous avons donné des cours de perfectionnement à 495 mille personnes qui ont reçu le diplôme de "médecin rural".

Les medecins pieds nus sont des paysans qui ont reçu une formation pour travailler dans la campagne: ils soignent les malades mais sans laisser leur travail de production. Dans le sud de la Chine les paysans sont consacrés à la production du riz et travaillent sans souliers dans les champs du riz: ce pour cela que les gens les appellent affectueusement medecins pieds nus. Ils viennent de la campagne, habitent et travaillent dans leurs villages, sont très liés aux masses et sont totalement consacrés à la santé du peuple. La formation des medecines est une combinaison d'éducation ideologique et technique.

Nous insistons sur le principe de servir au peuple de tout notre coeur, de donner assistance médicale aux familles et perfectionner la technique professionnelle.

Dans la formation technique nous essayons d'intégrer la médecine preventive avec la médecine clinique et la médecine traditionnelle chinoise et la médecine occidentale.

Il faut donner une attention très speciale à l'application de la médecine traditionnelle chinoise avec des herbes, l'acupuncture, le massage et les exercices respiratoires (gigong). La médecine traditionnelle chinoise est très ancienne: il y a mille ans d'histoire et théories et pratiques très riches. A présent, la Chine a 310,000 medecins et 965 hôpitaux traditionnelles. Un total de 70 mil lits dans ces hôpitaux. En outre nous avons d'autres genres de médecine telle que la médecine tibetaine, la mongolique, etc. Nous avons des abondants ressources en herbolaire dans les zones rurales. Les medecins pieds nus font la recollection des plantes et la préparation de ces plantes avec leur propres mains. Comme ça ils arrivent à reduire les couts avec les bonnes résultats.

A present chaque village a de 2 à 3 medecins pieds nus dont un est une femme. Ils sont chargés du traitement de prévention (même les vaccinations), le programme d'immunisations, hygiène alimentaire et nutrition, des oeuvres sanitaires de la communauté, éducation pour la santé, protection materno infantine, ainsi que de l'orientation pour la planification familiale.

Les sanitaristes et les sage-femmes dans les villages font le travail préventif et traitent les cas de maladies ou les accouchements avec les médecins pieds nus.

4) Pour offrir un bon service sanitaire dans les zones rurales on nécessite l'aide des villes pour la campagne.

Quand les organisations de base de la santé publique étaient peu nombreuses nous avons aidé la campagne en envoyant des équipes ambulatoires de médecins; après lorsque ces équipes sont devenues populaires mais le niveau technique était encore faible, nous avons aidé à augmenter leur niveau en établissant des rapports entre les unités médicales des villes et celles de la campagne. Maintenant le service médical dans les zones rurales a déjà ses bases mais il nous reste encore à le perfectionner. Tenant compte des conditions très limitées du personnel et des ressources nous avons le plan de commencer la construction, d'abord dans un tiers des districts.

Avec cette aide donnée par les villes aux zones rurales nous envoyons des missions techniques urbaines aux villages pour leur donner des cours de formation ou pour faire démonstrations au personnel rural afin d'augmenter son niveau technique.

En outre, nous octroyons la formation pour les cadres ruraux par l'entremise des visites médicales, cours spéciaux ou bien cours de perfectionnement.

5) A fin d'améliorer le service médical dans les zones rurales nous devons nous appuyer sur les masses.

D'abord il faut donner aux masses une formation pour la santé en parlant sur la prévention et traitement avec le but de changer les habitudes et conditions qui ne sont pas saluables et, de l'autre côté, il est nécessaire de concentrer l'intelligence des masses, et leur permettre l'activation de leur initiatives créatrices, et faire un résumé des expériences du peuple. Ceci est le plus important particulièrement dans les zones rurales.



Monsieur le Président.

Ce que j'ai présenté est la situation générale des soins médicaux primaires dans notre pays: vous pouvez l'utiliser comme référence.

Les participants dans ce Table Ronde nous ont montré avec leurs rapports que les pays en voie de développement ont les mêmes problèmes de santé et sécurité sociale.

Donc, nous voulons partager nos expériences et apprendre les uns des autres, avec les pays ici représentés pour achever le bien-être de toute l'humanité.

Merci!

L'EXPERIENCE NATIONALE EN MATIERE DE  
PROTECTION SOCIALE EN SAINTE-LUCIE

Ms. Clendon Haves Mason

1000

## **EXPOSE DE M. CLENDON HAVES MASON, MINISTRE DE LA SANTE ET DU LOGEMENT, DE SAINTE-LUCIE.**

**Merci, distingué M. le Président,  
Membres distingués du présidium,  
Délégués distingués de cette Conférence.**

Quand j'ai eu l'honneur de prendre la parole, M. le Président, je crois que vous avez fait l'honneur au Caraïbe anglophone, dont je suis le seul représentant dans cette importante Conférence et je veux vous remercier pour cet honneur.

Notre expérience au Caraïbe anglophone est que le service de la santé est contrôlé par le gouvernement du pays. Le gouvernement s'occupe de tout ce qui concerne le programme de la santé, c'est pour cela que je suis ici ce matin et je vais vous parler sur ce qu'il y a dans le domaine de la santé à mon pays ou au Caraïbe, n'étant pas sous les auspices de l'assurance nationale ou de la sécurité sociale.

Le gouvernement est à la charge de surveiller ces affaires, mais dans le domaine de la sécurité sociale à Sainte-Lucie, nous avons commencé en 1970 avec une Caisse Nationale de Prévision et en 1979 elle fût changée dans un programme national de l'assurance entière. Dans ce programme nous avons l'octroi des allocations et des pensions de maternité pour les femmes qui sont des membres du programme et quand elles vont accoucher, elles reçoivent une allocation, principalement en vue de se préparer pour l'accouchement et plus tard, elles reçoivent une pension pendant treize semaines, pour la période où elles restent à la maison à cause de l'accouchement. Alors, elles reçoivent deux choses: un paiement global équivalent à quelques centaines de dollars pour qu'elles puissent acheter les vêtements nécessaires pour l'enfant et après, une quantité équivalent à treize semaines de leur salaire.

Une allocation est octroyée à la mort d'un membre en vue de couvrir l'enterrement ainsi que des pensions sont versées aux survivants, et la veuve de cette personne reçoit une pension viagère.

Des pensions d'invalidité sont aussi octroyées si quelqu'un a souffert un accident de travail; des allocations de maladie sont versées quand le malade montre l'épreuve nécessaire de cette maladie par un certificat médical ainsi que la pension de vieillesse qui est octroyée à l'âge de 68 ans.

Celles-ci sont les allocations octroyées par notre institution nationale de sécurité sociale. Pourtant, la seule liaison que nous avons avec la santé est le fait que nous payons l'assurance de maladie, d'invalidité, et de vieillesse.

Mais l'assurance sociale appartient au Ministère de la Santé, au Ministère du Logement et je suis le Ministre du Logement, pourtant je peux vous en parler. Mais il arrive que je suis aussi le Ministre de la Santé; comme vous voyez, dans mon pays, un Ministre a plusieurs charges car nous n'avons pas assez de personnel et je suis le Ministre de la Santé et du Logement, c'est pour cela que du point de vue de la santé, je peux vous raconter un peu au sujet de ce qu'on fait dans le domaine de la santé, ce qui est important parce que nous discutons à présent avec l'assurance sociale pour qu'elle soit à la charge de quelques installations de la santé dans notre pays et pour cette raison, cette Conférence est si importante pour moi, puisque je peux écouter les expériences des autres pays, et de cette façon je pourrai savoir appliquer quelques idées pendant cette période de changement dans mon pays, où le gouvernement voudrait transférer à l'assurance sociale quelques responsabilités dans le domaine de la santé.

En principe, nous l'avons déjà fait pour la première fois cette année; mais avant tout, il faut se souvenir un peu et nous allons voir qu'à Sainte-Lucie la population entière a le droit au service médical complet. Personne ne doit payer et quand quelqu'un va au centre de santé, le service médical et les médicaments sont gratuits; quand vous allez à l'hôpital, soit du district ou du troisième niveau, tous les services sont gratuits. On ne paie pas pour le travail ou pour les médicaments, tout c'est gratuit.

Or, pour la première fois cette année, comme beaucoup de personnes qui sont des membres du programme national de l'assurance, assistent aux centres de santé et aux hôpitaux et reçoivent le service gratuit, nous sommes d'accord avec l'assurance nationale pour qu'elle verse une certaine quantité par an au gouvernement et de cette façon contribuer à l'administration du programme, et cette année seulement, l'assurance nationale a versé un million de dollars au gouvernement, mais nous nous sommes rendu compte que c'est mieux de l'autre façon et que l'assurance nationale doit administrer treize de ces programmes de la santé.

Il n'est pas possible de le transférer, tout à coup, la responsabilité d'être à la charge du système de la santé du pays entier, mais nous allons transférer peu à peu quelques de nos fonctions, les fonctions du gouvernement et une des premières questions que nous considérons est le fait qu'avec ses ressources financières, l'assurance nationale doit construire une polyclinique, car nous n'avons pas aucune à Sainte-Lucie. Nous avons beaucoup de cliniques et je veux vous en parler maintenant, mais nous n'avons pas une polyclinique d'importance, où les gens puissent aller et recevoir le genre de traitement secondaire d'une polyclinique.

Maintenant, je veux d'abord vous informer que Sainte-Lucie a une surface de 619 kilomètres et une population de 130 mille personnes, comme une petite ville au Mexique, mais c'est la population entière de notre pays et il faut la soigner.

Nos produits d'exportation principaux sont les bananes, dont nous recevons nos revenus les plus importants, en ce qui concerne les devises étrangères, et la plupart de ces bananes sont envoyées au Royaume-Uni. Nous avons 29 centres de santé distribués partout dans l'île. Ces centres de santé sont administrés par une infirmière spécialisée et une autre infirmière ainsi que d'autres personnes de la communauté qui l'assistent et qui ont reçu un cours intensif d'entraînement et qui visitent chaque maison de la communauté en vue de détecter les personnes malades, que d'autre façon ne pourraient pas recevoir l'attention des autorités.

Elles détectent aussi des personnes invalides qui ont été des invalides, peut-être dès la naissance, et elles sont enregistrées en accord avec les dispositions de l'Organisation Mondiale de la Santé. L'équipe de la santé communautaire est à la charge de tout cela et elle fait la transférence de malades aux centres de santé. En même temps, les centres de santé les envoient aux hôpitaux des districts, dont il y en a trois dans l'île et ils les envoient à l'hôpital général unique qu'il y a dans la capitale. Voici l'organisation de notre service de la santé.

Nous nous occupons aussi de la vaccination. Elle se fait dans les écoles où les enfants sont vaccinés contre le paludisme, la rubéole, la polio, et toutes les maladies contre lesquelles les enfants sont vaccinés. Dans les centres de santé, on n'a pas les services d'un médecin de temps complet comme ici au Mexique. Le docteur rend des visites périodiques, au moins une fois par semaine, quelque fois plus fréquemment et en plus du médecin familial général, les spécialistes assistent aussi quelques fois. Parfois, on fait l'annonce qu'un spécialiste en cancer, par exemple, sera au centre et alors ils reçoivent l'attention des autres spécialistes en ce qui concerne la pression artérielle et les autres spécialité.

Nous avons un programme de nutrition qui s'occupe des enfants dans les écoles, à travers un programme de nutrition scolaire et les mères enceintes ou qui allaitent, reçoivent aussi des diètes nutritives et spéciales. Tout cela, on le fait à Sainte-Lucie.

Nous sommes désireux de connaître l'expérience du Mexique au sujet de la médecine des herbes parce qu'à Sainte-Lucie il y a une association spéciale de personnes qui pratiquent avec les herbes et il y a aussi beaucoup de ces associations à Sainte-Lucie, Dominique, Martinique et Guadeloupe; les personnes de ces pays font des réunions souvent, en vue de parler au sujet des avances avec les herbes. Pourtant, il a été particulièrement important ce que j'ai vu au sujet de ce qui est aussi une partie importante du service de la santé au Mexique.

Comme je n'avais pas prévu de parler à cette réunion et je n'ai pas préparé une monographie car je ne peux monopoliser votre temps, je crois qu'il serait intéressant, étant le seul délégué du

Caraïbe anglophone, de parler un peu au sujet de ce qu'on fait à notre pays et ce que j'ai signalé en ce qui concerne Sainte-Lucie est, en général, ce qu'il y a aussi dans la plupart des autres pays dans la région.

Dans notre schème de l'assurance nationale, pour vous donner un petit détail, nous faisons une déduction de 5% du revenu de chaque travailleur jusqu'à mille dollars. Le patron contribue avec un 5% de plus et cette quantité est pour les fonds qu'on a commencé en 1970 et qu'à présent est d'environ 60 millions de dollars du Caraïbe, c'est à dire 25 millions de dollars américains. Avec cette somme d'argent, on a fait la construction de notre propre bureau central dans la capitale, Castries, qui est la ville la plus importante; on a aussi fait la construction d'un autre bureau dans notre deuxième ville, où se trouvent la plupart des usines, le port industriel du pays, ainsi qu'un autre bureau là, de même qu'un autre bâtiment dont nous venons de faire des arrangements pour l'établir. Alors, l'établissement de ces bâtiments se fait avec nos fonds d'investissement à longue échéance et vous pouvez voir que les fonds sont divisés à courte-échéance, moyenne-échéance et longue-échéance, cela en matière d'administration. En ce qui concerne les bénéfiques de la population, nous pouvons accomplir tous nos devoirs et nous avons ces bâtiments comme une assurance du revenu de la population, parce que si l'argent fût réduit ou divisé par l'inflation, un bâtiment vise à augmenter et à accumuler la valeur au cours des années et pourtant c'est une façon adéquate d'investir l'argent des travailleurs du pays.

Alors, une des choses que cette Conférence nous a montré, a été ce qu'on est en train de faire en vue d'améliorer le sort des travailleurs ruraux. Je peux vous dire qu'à Sainte-Lucie, je sais que l'Organisation Internationale du Travail, OIT, est en train d'avoir un rôle très actif en vue d'améliorer la sort de la population rurale et je sais qu'à mon pays nous essayons d'améliorer l'agriculture. On est en train de construire une grande quantité de routes, 60 miles de nouvelles routes sont construites à présent, et l'effet de tout cela est que les travailleurs des régions rurales ont du travail dans ces routes et ceux qui sont des propriétaires peuvent



arriver plus facilement à leur lieux; il y a du transport pour les emmener à leur fermes et pouvoir porter les objets de la ferme au marché, voici l'importance d'avoir des routes au pays.

Je peux dire que ces routes ont été construites facilement avec l'assistance du Département de Développement International des Etats Unis; on nous a donné immédiatement environ cinquante million de dollars pour nous aider avec la construction des chemins.

Nous avons aussi des travaux artisanaux. Encore, avec l'assistance du DDI aux Etats Unis, nous avons dans les régions rurales un ensemble de la population, qui est enseigné à employer les produits locaux de la terre, l'élaboration de paniers, comme vous en avez au Mexique, ainsi que des masques, des chapeaux et d'autres, avec l'emploi des matériaux locaux comme la fibre du cocotier qui fait des masques aussi, ainsi que d'autres objets, et on le met à faire tout cela. Il y a aussi l'organisation de coopératives, en vue de travailler ensemble et atteindre un marché à l'étranger pour ces produits, qui est organisé par un agent du gouvernement.

Ensuite, nous attirons des fabriques pour s'établir à Sainte-Lucie comme des fabriques de vêtements, de l'assemblage de l'équipement électronique, et toutes ces fabriques arrivent graduellement à Sainte-Lucie. Comme résultat de ce développement, à l'occasion de la conférence de Ministres de la Santé à Washington, je dois demander l'aide de l'Organisation Panaméricaine de la Santé, en vue d'envoyer ses experts à Sainte-Lucie pour nous conseiller sur les effets des produits chimiques, car quelques fabriques qui arrivent maintenant à Sainte-Lucie, travaillent avec des produits pour la teinture de vêtements de différentes couleurs et l'emploi de ces produits chimiques aura un effet, d'abord pour la population qui va utiliser ce teinture, ainsi nous voulons savoir quel genre de vêtements de protection on peut utiliser et quel sera l'effet des excédents de ces fabriques sur l'écologie du pays; sur la mer et les eaux des rivières, ainsi que les effets possibles qui auront sur la vie des poissons et la vie marine, parce qu'une grande partie de notre vie rurale à Sainte-Lucie vient de la pêche; les pêcheurs jouent un rôle très important, pas

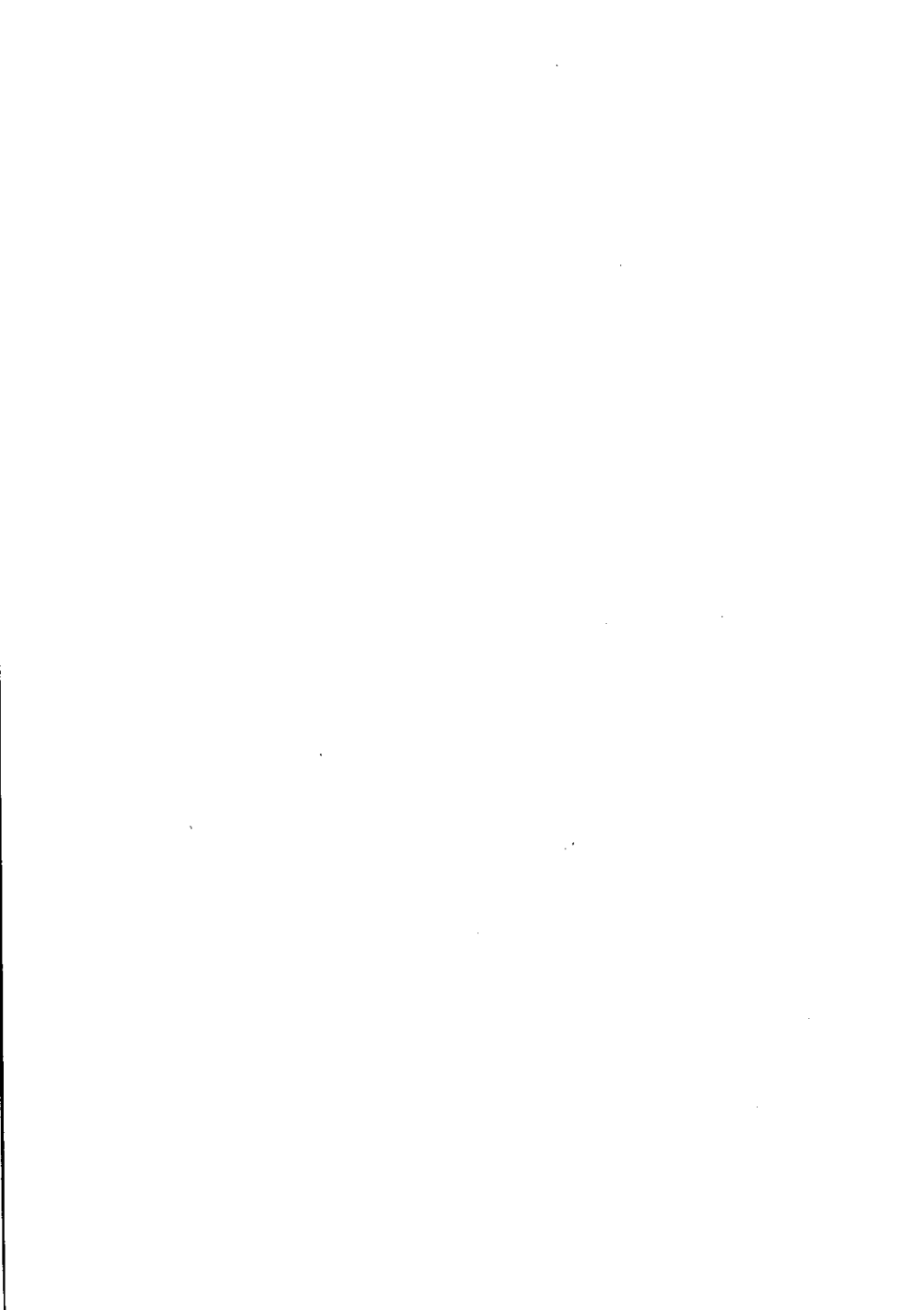
seulement en se gagnant leur vie mais aussi en fournissant les protéines dont notre population a besoin pour les niveaux de santé.

Done, on est en train de faire cela et l'Organisation Panaméricaine de la Santé va nous envoyer un expert pour le contrôle de la pollution, la semaine prochaine, en vue de nous conseiller dans cet important domaine de la santé.

Alors, M. le Président, voici dans quelques mots ce que nous faisons à Sainte-Lucie. Le gouvernement fait plus en ce moment, la Sécurité Sociale doit assumer graduellement la responsabilité de ces affaires, et je voudrais vous remercier beaucoup pour l'opportunité qu'on m'a donné pour exprimer quelques observations de ma part et au nom du Caraïbe anglophone.

Enfin, je voudrais aussi profiter de cette occasion, M. le Président, pour remercier nos amphytrions pour leur excellente hospitalité qui nous ont montré à nous tous. Il a été un vrai plaisir et une joie. Celle-ci est ma deuxième visite de votre beau pays, j'ai été ici aussi pour la Conférence sur la Population Mondiale des Nations Unies. C'est pour cela que j'étais désireux de rentrer, après mon expérience au mois d'août, et je ne regrette pas de l'avoir fait, au contraire, je voudrais voir, si je peux arranger une troisième visite. Et j'espère que cette troisième visite sera pour me permettre de voir un peu plus de ce monde de COPLAMAR, je ne voudrais pas assister à une conférence, mais venir tout seul pour connaître et jouir l'expérience merveilleuse que vous avez au Mexique.

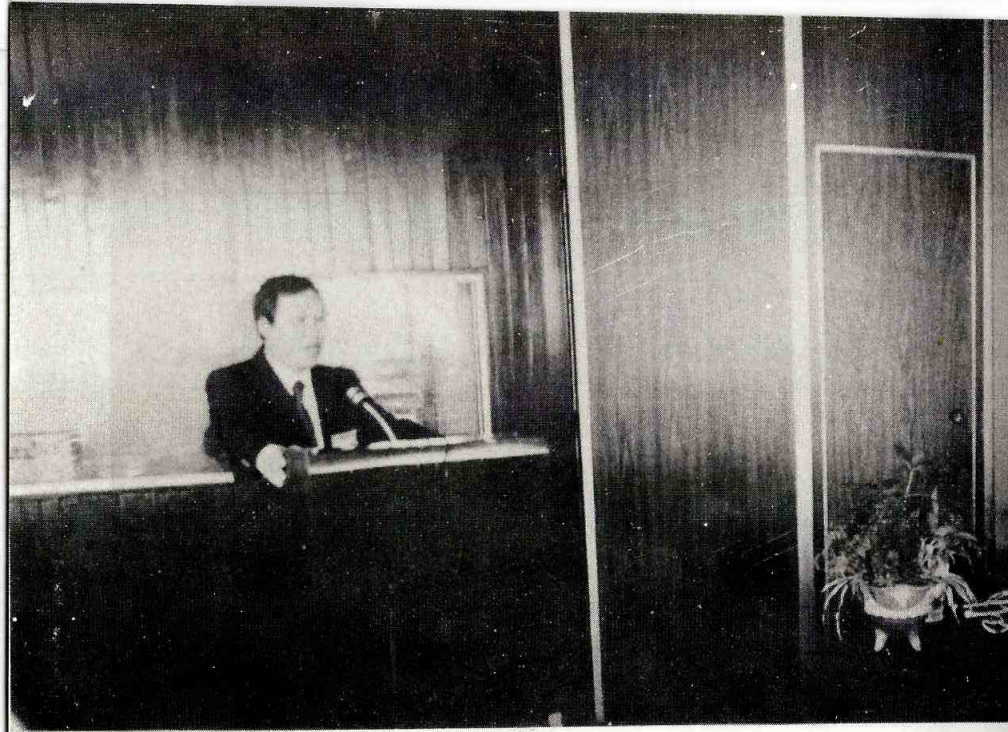
Une des choses que je peux vous dire est que j'ai l'intention d'appliquer à Sainte-Lucie, les comités des centres de santé que vous avez et que nous avons visité. J'ai remarqué que vous avez trois ou quatre personnes de la région qui sont à la charge de ces organisations, de bâtiments et des terrains, je crois que c'est une excellente idée parce que, je crois que quand les gens de la région savent qu'elles ont la responsabilité de soigner une organisation d'une institution dans sa région, elles ont une fierté spéciale et elles le font avec beaucoup de soin, donc, celle-ci est une des plusieurs leçons que j'ai appris et que je vais appliquer à mon retour chez moi.



LE SERVICE INDIEN DE SANTE: UN  
PROGRAMME INTEGRAL DE SANTE POUR  
LES INDIENS D'AMERIQUE ET LES  
INDIGENES DE L'ALASKA\*

Jimmy R. Mitchel\*\*  
John G. Todd\*\*\*

- \* Allocution présenté para la Delegation des Etats-Unis d'Amérique.
- \*\* Directeur par intérim. Service Indien de Santé.
- \*\*\* Consultant de Santé. Service Indien de Santé.



LES INDIGÈNES D'AMÉRIQUE ET LES  
INDUSTRIES DE L'ALASKA

par M. J. [?]  
et M. [?]

Publié par [?]  
à [?]



Le représentant de la Corée pendant la présentation de son rapport à la Table Ronde.

## AVANT-PROPOS

Le Service indien de Santé est responsable des services de santé intégraux — préventifs, curatifs, de réhabilitation et d'hygiène du milieu — pour 930 000 Indiens d'Amérique et indigènes de l'Alaska éligibles.

Depuis 1955, cette agence du Service d'Hygiène publique des Etats-Unis d'Amérique a fait des progrès remarquables dans le domaine de la santé de cette partie de la population. Aidée par un personnel dévoué, elle s'est fixé trois objectifs:

- (1) Assurer la qualité des services de santé;
- (2) Aider les tribus et les corporations indigènes à développer leur compétence afin de pourvoir le personnel et gérer les programmes de santé; et
- (3) Etre l'avocat fédéral pour toute question relative à la santé.

Les services sont fournis par le biais d'une association entre le gouvernement fédéral et les différentes tribus dans un but commun. Nous sommes heureux d'annoncer que la brèche qui sépare les Indiens et les indigènes de l'Alaska du reste du pays dans le domaine de la santé diminue de jour en jour.

Afin de maintenir et d'accroître le soutien du public et celui du gouvernement, il est important de faire connaître les services de santé dont bénéficient les Indiens et les indigènes de l'Alaska. Ce rapport est dédié à cet objectif.

### **Everett R. Rhoades**

Directeur adjoint de la santé

Directeur du Service indien de santé

## INTRODUCTION

Les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska bénéficient, comme les autres citoyens, de programmes de santé publique qui ont pour but d'améliorer la qualité des soins sanitaires pour tous les Américains. Les membres de tribus indiennes reconnues par le gouvernement fédéral et les indigènes de l'Alaska peuvent également bénéficier de services de santé fournis par le Service indien de Santé (IHS), une organisation de l'Administration des Ressources et des Services de Santé du Service d'Hygiène publique des Etats-Unis. La responsabilité du gouvernement fédéral à l'égard de 930 000 Indiens et indigènes de l'Alaska a une longue histoire qui remonte aux traités de 1784 et qui est devenue par la suite un fait établi par des lois rendues par le Congrès.

Les membres de 487 tribus indiennes reconnues par le gouvernement fédéral vivent pour la plupart dans des réserves indiennes fédérales et dans de petites communautés rurales. La majorité des 28 états où sont situées ces réserves appartiennent à la moitié occidentale du pays. Les indigènes de l'Alaska, terme qui recouvre les membres des tribus indiennes Athabaskan, Tsimpsonian, Tlingit et Haida ainsi que les Esquimaux et les Aleut, sont dispersés dans tout l'Alaska et vivent pour la plupart dans des villages éloignés et isolés.

Les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska ont conservé leur culture traditionnelle. Certains, surtout parmi les gens âgés, parlent mal l'anglais ou l'ignorent complètement. Ils appartiennent au secteur le plus pauvre de la population et manquent souvent d'éléments essentiels à assurer une bonne qualité de vie tels qu'une bonne alimentation et un environnement salubre. Un nombre important des réserves et des communautés sont situées dans des régions isolées et accidentées au climat rude. Ce fait, et l'absence de routes praticables rendent le transport difficile. Dans plusieurs régions de l'Alaska l'absence de routes oblige à transporter les malades et les blessés par avion.

Les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska souffrent de nombreux problèmes liés aux déficiences sanitaires. Parmi les



plus graves nous pouvons citer les blessures, l'alcoolisme, les maladies mentales, l'otite moyenne, le diabète, les déficiences nutritionnelles, et les problèmes dentaires. Les besoins maternels et infantiles, un milieu malsain et les problèmes liés à la vieillesse sont aussi des soucis majeurs.

Toutefois des progrès importants ont pu être réalisés dans la lutte contre les problèmes de santé, et notamment contre les maladies infectieuses. En 1955, par exemple, 8 Indiens sur 1 000 souffraient de tuberculose. En 1982, ce chiffre était inférieur à 1 pour 1000 ce qui représentait une diminution de 95%. La morbidité et la mortalité dans le cas d'autres maladies ont également baissé. La mortalité infantile pour la période 1978-80 était de 77% inférieure à celle de la période 1954-56, et la pneumonie et la grippe ont diminué de 73%. La mortalité dans le cas des maladies gastrointestinales a baissé de 90% depuis 1954-56.

Mais il y a encore beaucoup à faire avant que les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska se trouvent au même niveau que les autres Américains en matière de santé. Cette constatation, et le fait que les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska souhaitent contrôler davantage leur destinée, ont poussé le Congrès à rendre deux lois d'une importance capitale.

La Loi de Droit public 93-638, qui est la Loi sur l'Autodétermination et l'Aide en Matière d'Éducation des Indiens, et qui régit les activités du Service indien de Santé et du bureau des Affaires indiennes du Ministère de l'Intérieur, fut décrétée en 1975. Cette loi renforce et soutient la politique pratiquée de longue date par l'IRS et qui vise à donner aux Indiens la possibilité de participer activement aux programmes qui leur sont adressés. Plus spécifiquement, cette loi donne aux tribus indiennes et aux groupes indigènes de l'Alaska qui le désirent la possibilité de gérer et diriger les programmes de santé dans leurs communautés. Elle prévoit aussi d'aider les tribus et les groupes qui veulent user de ce droit à développer ou améliorer leur compétence.

La Loi sur l'Amélioration des Services Indiens de Santé, L.P. 94-437, votée en 1976, et L.P. 96-537, modifiée par amendement en

1980, avait pour but d'élever la santé des Indiens d'Amérique au même niveau que celle de la population en général grâce à un programme de sept ans autorisant des ressources plus nombreuses pour l'IHS. Ces ressources furent utilisées pour étendre les services de santé, pour construire et réhabiliter les installations médicales, et pour faire avancer la construction d'installations pour la provision d'eau potable et l'élimination sanitaire des déchets. La loi prévoyait également des programmes visant à accroître le nombre de professionnels indiens de la santé pour veiller sur les besoins des Indiens, et à permettre un accès plus facile aux soins de santé au demi-million d'Indiens vivant dans les villes.

## MISSION ET ORGANISATION

La mission de l'IHS est d'assurer un système de soins de santé intégral qui donnera aux Indiens d'Amérique et aux indigènes de l'Alaska la possibilité de participer activement à la définition et à la satisfaction de leurs besoins en matière de santé.

Pour ce faire, le Service indien de santé s'est posé trois objectifs:

1. Assurer la meilleure qualité possible de tous les soins de santé, y compris les soins hospitaliers et ambulatoires, les services préventifs et de réhabilitation, les programmes de santé des communautés et d'hygiène du milieu et notamment la construction d'installations sanitaires et d'eau.
2. Aider les tribus et les corporations indigènes à développer leur capacité à gérer et pourvoir le personnel des programmes de santé et leur donner le contrôle opérationnel des programmes s'ils le désirent.
3. Etre l'avocat fédéral des Indiens d'Amérique et des indigènes de l'Alaska dans toutes les questions concernant la santé.

Dans l'accomplissement de sa mission, le Service indien de Santé agit de concert avec des organes fédéraux et des états et avec des institutions publiques et privées pour développer des formules pour assurer les services de santé, pour utiliser les ressources humaines de manière constructive, pour encourager les consommateurs à participer, et pour la mise en oeuvre des ressources.

### Administration des Programmes et des Zones

Le siège du Service indien de santé est situé à Rockville, Maryland, dans la banlieue de Washintong, D.C. Le personnel coordonne et supervise les activités administratives et celles qui sont réalisées sur le terrain; il élabore l'information statistique et prête son appui au développement des politiques, au budget, à la formulation de programmes, à la mise en oeuvre et à l'évaluation, à la gestion opérationnelle, au développement communau-

taire at aux questions concernant les tribus, applicables à l'ensemble du programme indien de santé.

### **Administration des Activités réalisées sur le Terrain**

Du point de vue administratif, l'IHS est divisé en huit bureaux de zone et quatre bureaux de programme. Chacun de ces bureaux est responsable de la mise en oeuvre du programme IHS dans une zone géographique spécifique, et réalise, notamment, les fonctions suivantes: établissement du budget, exécution, gestion du personnel et des installations physiques, planification du programme, mise en oeuvre et évaluation, questions concernant les tribus, développement communautaire, élaboration des informations statistiques, gestion des subventions et des contrats, et hygiène du milieu. Le personnel des différentes branches de services de santé (traitements dentaires, soins infirmiers et autres) de ces deux types de bureaux travaillent en collaboration avec le personnel compétent dans les installations de l'IHS.

Au niveau local, se sont les unités de service qui fournissent les services de santé. Ces unités, au nombre de 98, sont des sous-divisions administratives des bureaux de zone et de programme. Chacune dessert une zone géographique déterminée, comme par exemple une réserve indienne ou un secteur de la population (les états de l'Alaska, de Nevada et d'Oklahoma son autant de zones de services qui ne comportent aucune réserve).

Quelques unités de service desservent un nombre réduit de petites réserves et, inversement, certaines grandes réserves, comme celle de la tribu Navajo qui couvre 25 516 milles carrés et qui au cours de l'année d'exercice 1985 aura 166 000 bénéficiaires, sont desservies par plusieurs unités de service. Ces composantes de base des services de santé comportent en général un hôpital ou un centre de santé qui donnent des services de consultation externe.

### **Le programme de la Californie**

Dans l'état de Californie, les soins de santé pour les Indiens sont fournis entièrement par le biais de contrats avec des organisa-

tions indiennes et tribales sans but lucratif; aussi le Bureau de Programme de la Californie diffère-t-il quelque peu des autres programmes et zones de l'IHS. Il n'y a pas d'hôpitaux de l'IHS, et à la place des unités de service, l'état est divisé en zones de services. Dix-neuf programmes de santé rurale, financés par l'IHS, sont appliqués dans 17 centres de santé et 10 postes de santé. Parmi les accords de service établis pour les centres de santé et les cliniques, 10 sont des contrats avec les Indiens et le reste des contrats L.P. 93-638.

Tous les programmes de santé sauf deux sont financés par l'Etat et sont donc soumis à des règlements supplémentaires, tels que l'intervention de payeurs tiers (medicare, Medi-Cal et assurances médicales privées) et la desserte de non-Indiens.

Le Bureau de Programme de la Californie administre également les contrats de neuf centres urbains de soins de santé. Les services contre l'alcoolisme de la Californie et d'Hawai ont fait l'objet de contrats établis avec 14 organisations indiennes.

### **Recherche et Formation**

Le Bureau de Recherche et de Développement (ORD), qui se trouve à Tucson, en Arizona, est responsable des activités de formation, de recherche et de développement des programmes ainsi que des programmes de soins de santé pour les tribus Papago et Pascua Yaqui. L'ORD fournit des services de consultation et d'assistance technique à l'IHS et aux tribus et groupes indigènes de l'Alaska en matière d'évaluation, de conception, d'exécution et de contrôle de qualité des systèmes de gestion de la santé et de la prestation des services. Il développe et donne des démonstrations pratiques des nouvelles méthodes et techniques visant la participation des communautés indiennes. Il coordonne également les activités de développement et de recherche en matière de santé qui ont pour but d'améliorer la santé de la population indienne.

La formation du personnel de l'IHS, y compris le personnel indien et indigène, a pour but d'améliorer leur compétence technique et d'accélérer le transfert de la prise de décisions, des professionnels non-Indiens de la santé, aux dirigeants des communautés indiennes.

### **Une approche intégrale**

Le Service indien de santé administre un programme intégral de services de santé visant à combler les besoins des populations indiennes d'Amérique et des populations indigènes de l'Alaska. Ce programme est conçu et mis à exécution, en collaboration avec des organisations indiennes, sur les plans national, régional et local, par des organes fédéraux, des états et locaux, ainsi que par des institutions éducatives, des sociétés professionnelles, et des associations de santé bénévoles, parmi d'autres.

Les Indiens et les indigènes de l'Alaska couverts par l'IHS bénéficient, dans la mesure des ressources disponibles, d'une gamme complète de services de médecine préventive, de soins primaires (soit ambulatoires ou dans les établissements hospitaliers), de santé de la communauté, et de réhabilitation. Les services de médecine secondaire ou de médecine très spécialisée, et les traitements de réhabilitation sont dispensés par le personnel de l'IHS ou par le biais de contrats avec des fournisseurs extérieurs à l'IHS. La prévention des maladies est un des principaux objectifs de la stratégie de santé intégrale de l'IHS. Un autre aspect important est la participation accrue des Indiens, ce qui implique de leur permettre l'accès, en plus grand nombre, aux postes administratifs ou de prestation des services de santé au sein de l'IHS, de renforcer leur influence dans la formulation des politiques de l'IHS, et de valoriser et améliorer leur compétence dans le domaine de la gestion et des opérations des programmes de santé.

### **Services médicaux primaires**

Le programme IHS s'adresse aux communautés. Il s'appuie sur un système d'installations d'hospitalisation ou de traitements ambulatoires situées dans les réserves indiennes et dans les com-

munautés indiennes et indigènes de l'Alaska. Les 48 hôpitaux de l'IHS (au 1er octobre 1983) ont de 12 à 170 lits. Les hôpitaux de Phoenix, dans l'Arizona, de Gallup, à New Mexico, et d'Anchorage, en Alaska, servent également de centres d'orientation, de formation, et de recherche. Ce même réseau d'installations pour les soins de santé comporte en outre 72 centres de santé, 12 centres de santé dans les écoles, et plus de 500 postes de santé et de cliniques satellites. Des cliniques médicales et dentaires supplémentaires sont créées là où le besoin se fait sentir.

Dans les endroits où l'IHS ne possède pas d'installations ou l'équipement nécessaire à certains services, il souscrit un contrat avec des hôpitaux, des organismes de santé, ou des organismes de santé privés. Ces contrats peuvent porter sur les domaines suivants: soins primaires, secondaires ou de réhabilitation, services de diagnostique ou de thérapie spécialisés, et activités de santé publique ou communautaire.

Les programmes de santé qui font l'objet de contrats avec les tribus, sont régis surtout par la loi sur l'Autodétermination et l'Aide en Matière d'Education des Indiens, L.P. 93-638. Cette loi, votée en 1975, accorde aux tribus indiennes le droit de gérer les programmes de santé ou des parties des programmes administrés par l'IHS.

Sur l'autorité de cette loi, les tribus administrent 3 hôpitaux et 263 cliniques de santé. Des nombreuses tribus administrent certaines parties de programmes de santé tels que les programmes contre l'alcoolisme, les maladies mentales, l'aide pour la santé de la communauté, les soins de santé faisant l'objet d'un contrat, et l'hygiène au milieu. Pour se conformer à l'intention et à l'esprit de cette loi, l'IHS doit fournir de l'assistance technique et d'autres formes d'aide aux Indiens pour les appuyer dans leurs efforts vers l'autodétermination.

Dans le cadre des services fournis directement par l'IHS ou par le biais de contrats passés avec les tribus ou d'autres fournisseurs, il y a tous les ans 4 200 000 consultations externes et environ 105 000

hospitalisations en plus d'une vaste gamme de services de santé communautaire.

Le personnel clinique des unités de services de l'IHS se compose de médecins, dentistes, infirmières, pharmaciens, diététiciens diplômés, techniciens de laboratoire et de radiologie, et assistants médicaux et dentaires. Cette équipe est complétée par un personnel paramédical de soins communautaires (des assistants de médecins formés dans le cadre de l'IHS), et des infirmières auxiliaires et accoucheuses, qui travaillent souvent dans des établissements de traitements ambulatoires très isolés. Le personnel clinique est aidé dans ses fonctions par le personnel responsable des dossiers médicaux, de l'engineering, de l'intendance, de l'entretien, du service diététique, des fournitures, et par le personnel administratif et clinique.

### **Services de Santé préventifs**

Les services de santé préventifs sont dispensés par le personnel clinique dans les installations de l'IHS et des tribus, ainsi que par le personnel des services de santé sur le terrain, qui constituent des équipes de santé intégrale travaillant au sein des communautés indiennes. Ces services portent sur les soins pré et post-natals, le planning familial, la santé dentaire, la nutrition, l'immunisation, l'hygiène du milieu et l'éducation en matière de santé. Parmi les programmes faisant partie de l'approche intégrale à la santé préventive nous pouvons mentionner les soins infirmiers pour la santé communautaire, la santé dentaire, l'assistance sociale médicale, l'hygiène du milieu et l'éducation en matière de santé.

### **Les Soins Infirmiers pour la santé communautaire**

L'objectif principal de ce programme de soins infirmiers pour la santé communautaire, qui fait partie de l'IHS, est la prévention des maladies et la promotion et la préservation de la santé. Les infirmières de santé communautaire sont responsables de la planification et de la coordination des programmes et des services de santé communautaire, de la détermination des besoins individuels, familiaux et communautaires en matière de santé, de l'é-



valuation des conditions de santé, de la mise en oeuvre de la planification, de l'évaluation des pratiques sanitaires, et de dispenser les soins primaires. Dans plusieurs de ces activités les infirmières travaillent en collaboration étroite avec d'autres personnels de santé, surtout des représentants de la santé communautaire, le personnel auxiliaire de la santé maternelle et infantile et d'autres travailleurs auxiliaires locaux.

Ces infirmières aident à prévenir les complications des grossesses et à améliorer la santé générale des femmes indiennes enceintes et de leurs nourrissons par la promotion de soins précoces pendant la grossesse.

Les visites à domicile pour les nouveaux-nés et des soins spéciaux pour les nourrissons des familles à haut risque se sont avérés être des mesures efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité. Les infirmières de santé communautaire de l'IHS étudient également les causes des maladies contagieuses par des visites à domicile; elles stimulent l'éducation en matière de santé dans les foyers, la communauté et les cliniques; elles donnent des services de consultation et d'orientation sur la santé et la vie en famille aux adolescents et aux jeunes adultes, et elles immunisent les nourrissons et les enfants contre les maladies infectieuses.

### **Santé dentaire**

Les services dentaires sont dispensés dans 225 hôpitaux de l'IHS, centres de santé et autres installations, et dans 28 unités dentaires mobiles. Dans certaines régions, surtout dans l'Alaska, des équipes dentaires itinérantes avec du matériel portatif se rendent dans les villages isolés — souvent par avion ou par bateau.

Les principaux objectifs du programme dentaire primaire sont la réduction de la mortalité dentaire, de l'incidence des caries et de la gravité des maladies periodontales, en mettant l'accent sur les activités préventives qui permettant d'atteindre ces résultats.

Le programme dentaire accorde la priorité aux soins dentaires préventifs et correctifs qui permettront le meilleur niveau de santé orale pour le plus grand nombre de personnes. L'accent est

placé sur des mesures efficaces pour prévenir les maladies et réduire la perte des dents. Les mesures efficaces de prévention des caries, comme la fluoruration, qui bénéficient l'ensemble de la communauté, sont encouragées. Afin d'assurer le bon fonctionnement de l'équipement de fluoruration installé dans les systèmes d'adduction d'eau des communautés indiennes, le personnel de santé dentaire travaille en collaboration étroite avec le personnel du programme d'hygiène du milieu et des travailleurs appartenant aux tribus.

Les services cliniques sont fournis aux personnes de tout âge en fonction de la demande en insistant sur le traitement précoce et sur l'éducation des patients pour réduire la gravité des maladies periodontales et des caries. Certains groupes de la population, comme les enfants, les personnes âgées, et les handicapés, présentent des circonstances particulières et sont traités par les professionnels dentaires de l'IHS en collaboration avec les travailleurs d'hygiène du milieu, les infirmières de santé publique, les nutritionnistes, les pharmaciens et les employés de santé tribale et des bénévoles.

### **Assistance sociale médicale**

Le programme d'assistance sociale de l'IHS s'occupe des problèmes sociaux et émotionnels des patients, qui pourraient entraver le traitement médical. Des assistantes sociales professionnelles et des auxiliaires paraprofessionnels, en collaboration étroite avec des médecins et des infirmières, s'occupent des problèmes posés par les patients, tels que la peur inspirée par les traitements, l'adaptation aux contraintes imposées par les conditions médicales, l'anxiété au sujet des enfants restés à la maison ou des revenus perdus pendant la durée de l'hospitalisation. Leurs évaluations cliniques et leur intervention contribuent à assurer la bonne marche et la continuité du traitement.

Un autre aspect du programme d'assistance sociale médicale est sa fonction de liaison avec les organes communautaires. Certains problèmes rencontrés dans le contexte médical requièrent l'intervention d'agents extérieurs, comme dans le cas d'enfants battus

ou de patients ayant besoin d'une maison de repos. Les assistantes sociales peuvent aider les patients et leurs familles à bénéficier de services supplémentaires si elles sont au courant des solutions alternatives et si elles développent des rapports avec la communauté.

### **Hygiène du Milieu**

Les services d'hygiène de l'environnement sont un aspect particulièrement important de la stratégie préventive de l'IHS parce qu'ils attaquent toute une série de facteurs, dans les maisons et dans les communautés indiennes, qui contribuent de manière si tragique à la morbidité et à la mortalité très élevées parmi les populations indiennes. L'environnement, qui est constitué par la maison, la communauté et le lieu de travail, ainsi que par l'environnement physique, a été reconnu comme un facteur déterminant de la santé et du bien-être général.

Le programme d'hygiène du milieu de l'IHS porte sur une gamme vaste et intégrale de services. Le personnel travaille activement pour améliorer la disponibilité et la qualité de l'eau à usage domestique et pour assurer l'élimination sanitaire des déchets solides et liquides. Le programme couvre d'autres activités telles que la planification de l'environnement, la sécurité et la santé dans le travail, le contrôle des accidents, le contrôle de la pollution de l'air, de l'eau et par des déchets solides, et l'hygiène institutionnelle du milieu dans le cas des réserves. Le personnel se compose d'ingénieurs de l'environnement, d'hygiénistes, de techniciens d'hygiène du milieu et du génie, et de coordonnateurs du contrôle des accidents dans les communautés.

Les activités principales prévues par le programme d'hygiène du milieu sont les suivantes:

- L'évaluation permanente de l'environnement et de la planification de concert avec les dirigeants tribaux afin de développer des programmes de santé intégrale.

- La participation aux enquêtes menées dans le cas de maladies contagieuses et de blessés et la mise en marche de mesures correctives pour le contrôle de l'environnement.
- L'inspection des locaux, sur le plan individuel et communautaire, pour établir et éliminer les déficiences en matière d'hygiène du milieu.
- Aider les communautés indiennes du point de vue de l'assistance technique et de la formation pour assurer le bon fonctionnement et l'entretien des installations d'adduction d'eau et des égouts.
- L'évaluation des installations administrées par le Bureau des Affaires indiennes et par le Service d'Hygiène publique, en faisant des recommandations aux opérateurs pour assurer la salubrité de l'environnement.
- Aider les tribus à développer et adopter des règlements et des codes sanitaires.
- Etablir et recommander des remèdes aux causes des lésions souffertes par les populations indiennes.
- S'efforcer de remédier aux logements au s'entassent trop de personnes et qui ne répondent pas aux normes, ainsi qu'aux réserves dangereuses d'eau et à l'absence d'installations sanitaires. La législation permettant d'attaquer les deux derniers problèmes est la L.P. 86-121 qui est la Loi sur les Installations sanitaires pour les Indiens. Depuis que cette loi fut votée en 1959 et jusqu'en 1982, l'IHS a mis en marche plus de 3 300 projets visant à fournir des installations sanitaires dans les maisons et dans les communautés indiennes. Quand ces projets auront abouti, 136 300 logements (78 900 logements neufs ou réhabilités et 57 400 qui existaient déjà) disposeront d'eau courante et de moyens d'évacuation des déchets. Une partie importante de ce travail a été réalisé sur la base d'accords de coopération établis avec le Bureau des Affaires indiennes, le Ministère du Logement et de l'Urbanisme, l'an-

ciens Bureau des Opportunités économiques, et différentes agences indiennes pour le logement.

D'autres projets furent mis en marche conformément à la L.P. 86-121 tels que des études de génie, des constructions de secours, de l'assistance technique et en matière de formation pour les employés provenant de tribus afin de leur apprendre à se servir et à entretenir les installations. La population indienne a participé dans les projets de la L.P. 86-121 par le travail et en contribuant des matériaux et des fonds.

### **Education en matière de santé**

Le programme d'éducation en matière de santé de l'IHS porte sur des maladies spécifiques ainsi que sur les menaces à la santé et à la sécurité chez les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska. Il a pour but d'aider ceux-ci à assumer davantage leurs responsabilités individuelles, familiales et communautaires par le biais de la participation. Le programme vise également à les aider à comprendre la nature des maladies et la manière de les contrôler, à utiliser avec plus de discernement les services de santé, à assumer la responsabilité de leur santé, et à faire participer plus activement les organismes qui pourraient contribuer à améliorer la santé de cette partie de la population.

### **Problèmes particuliers**

L'IHS et les dirigeants des tribus sont particulièrement préoccupés par certains problèmes liés à la santé qui ont des répercussions graves au sein des communautés indiennes. Il s'agit notamment des accidents, de l'alcoolisme, de la dépression et autres problèmes de santé mentale, de la protection maternelle et infantile, de la mauvaise nutrition et du vieillissement, qui sont pour la plupart liés au manque d'organisation sociale. La stratégie pour faire face à ces problèmes graves est axée sur les mesures préventives intégrales et l'action communautaire intense.

### **L'Alcoolisme**

L'alcoolisme et la consommation excessive d'alcool sont encore aujourd'hui les causes principales des problèmes de santé chez

les indigènes d'Amérique. A ce que l'on croit, 95% des Indiens d'Amérique et des indigènes de l'Alaska sont touchés directement ou indirectement par la consommation excessive d'alcool d'un membre de la famille. Ceci est confirmé par la Centre national des Statistiques de la Santé dont les études indiquent que quatre des dix causes principales de décès chez les Indiens — les accidents, les maladies hépatiques chroniques, la cirrhose, les suicides et les homicides — sont directement ou indirectement liés à la consommation excessive d'alcool. Le Bureau national d'Information sur l'Alcool indique que les Indiens ont plus de problèmes liés à la boisson que d'autres groupes particuliers. L'alcoolisme est responsable en bonne partie de la désorganisation sociale qui provoque des foyers brisés, la violence, des arrestations, des accidents automobiles, le chômage, la perte de vies humaines et le gaspillage des capacités humaines. L'alcoolisme entraîne également toute une série d'infirmités qui doivent être traitées dans le cadre de l'IHS utilisant ainsi des ressources médicales nécessaires pour affronter d'autres problèmes de santé urgents.

Le Titre II de la Loi sur l'Amélioration des Soins de Santé pour les Indiens, L.P. 94-437, autorise le transfert des programmes contre l'alcoolisme pour les Indiens et les indigènes de l'Alaska, après 6 années de financement, de la juridiction administrative de l'Institut national de l'Abus des Alcools et de l'Alcoolisme (NIAAA) à l'IHS. Pour réaliser ce transfert, et pour que le programme mette l'accent sur l'abus des alcools et sur l'alcoolisme comme des problèmes socioéconomiques prioritaires, l'IHS a créé un Bureau des Programmes contre l'Alcoolisme. Le transfert a pu être terminé en 1983.

L'IHS accorde une importance croissante à la prévention de ce grave problème. De nombreux programmes tentent de réaliser des activités innovatrices de prévention qui sont adressées aux jeunes.

### **Le Diabète**

Au cours des dernières années le diabète est devenu un problème majeur pour les Indiens. Les personnes souffrant depuis long-

temps de diabètes présentent des complications comme la cécité, les déficiences rénales et les amputations. En 1981 la diabète fut la deuxième cause principale des consultations externes d'adultes dans les installations de l'IHS.

Plusieurs programmes sont en cours d'élaboration dans le cadre de l'IHS pour apprendre aux Indiens d'Amérique et aux indigènes de l'Alaska à comprendre et traiter la diabète. Le traitement du diabète doit être adapté aux besoins culturels et linguistiques des patients. Le programme modèle pour le diabète est devenu l'axe de ces activités.

### **Les Accidents**

La deuxième cause principale de décès parmi les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska sont les accidents. Pendant la période 1978-80, sur 19474 décès survenus dans ce secteur de la population dans les 28 états couverts par l'IHS, 3 805 (19,5%) ont été dus à des accidents et 4 058 (20,8%) aux maladies cardiaques. Le taux de mortalité par accidents ajusté à l'âge parmi les Indiens était en 1980 supérieur de 154% à celui de toutes les autres races du pays, et le taux de mortalité ajusté à l'âge par accidents automobiles chez les Indiens pour la même année était 2,7 fois celui de toutes les autres races des Etats-Unis.

Les accidents sont la deuxième cause principale d'hospitalisation pour traitements chirurgicaux ou de médecine générale dans le cadre de l'IHS — 12 795 exéats et 70 045 jours d'hospitalisation pour cause d'accidents en 1982. Pour lutter contre ce problème, le personnel d'hygiène du milieu de l'IHS travaille en collaboration avec d'autres disciplines de la santé et avec les tribus pour créer des équipes de prévention et de contrôle des accidents dans les communautés et pour donner des services d'orientation et de formation en matière de sécurité dans les maisons et dans les communautés. Plusieurs tribus ont établi des programmes de contrôle des accidents dans lesquels des représentants de la communauté, ayant reçu une formation spéciale, prennent l'initiative pour réduire ou éliminer les cause d'accidents. Les programmes communautaires contre l'alcoolisme jouent ainsi un rôle

le important dans la lutte contre les accidents parmi les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska.

### **Santé maternelle et infantile**

L'IHS est en train de promouvoir une approche multidisciplinaire pour satisfaire de manière intégrale aux besoins des enfants, des jeunes et des familles des populations indiennes d'Amérique et indigènes de l'Alaska, en mettant l'accent sur les services adressés aux femmes en âge d'avoir des enfants, aux nourrissons et aux enfants. Ayant reconnu l'importance de la famille en tant qu'unité de base de notre société, l'IHS s'est fixé comme objectif pour les années 1980 d'axer sur la famille tous les services de santé maternelle et infantile. Afin de renforcer la structure familiale, il importe de tenir compte des croyances et des habitudes culturelles dans ce domaine.

Les programmes de santé pour les nourrissons, les enfants et les jeunes portent aussi bien sur la surveillance des enfants en bonne santé que sur des services spécialisés pour les troubles de croissance et pour les patients chroniques ou graves. Pour réduire la mortalité et la morbidité infantile, ces programmes mettent l'accent sur les soins prénatals pour les femmes enceintes et sur les soins post-natals continus après la sortie de l'hôpital. L'éducation sanitaire avant et après l'accouchement aide les femmes dans leur rôle de mères, tandis que l'éducation sanitaire pendant les visites aux enfants en bonne santé ou grièvement malades permet aux parents d'améliorer leurs connaissances sur la croissance et le développement, à reconnaître les maladies qui exigent une intervention médicale, à promouvoir les bonnes habitudes d'hygiène et à apprécier l'utilité des visites périodiques à la clinique pour surveiller les enfants en bonne santé.

L'objectif des services de santé adressés aux femmes est d'améliorer et de préserver la santé pendant les grossesses (obstétrique) et pendant le cycle de la reproduction (gynécologie) ce qui implique également des services de prévention, d'intervention et de réhabilitation. Le planning familial, qui vise à protéger la san-



té des femmes et à promouvoir un environnement familial sain et heureux, est un élément important de ce programme intégral.

### **La santé mentale**

Comme les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska se trouvent pris de plus en plus dans le conflit entre leurs cultures traditionnelles et les exigences de la société moderne, les maladies mentales se sont multipliées. La gravité de ce problème est attesté par le taux de suicides ajusté à l'âge qui en 1980 était 1,2 fois celui de toutes les autres races des Etats-Unis, et par le taux d'homicides qui était de 1,7.

Les problèmes émotionnels et les troubles du comportement sont fréquents chez les enfants indiens dans leur recherche d'une identité et de l'autosuffisance dans une nouvelle structure sociale. Il devient de plus en plus pressant de s'occuper des problèmes de santé mentale dans les services d'orientation des enfants, et de développer de nouvelles méthodes efficaces pour éviter de nouveaux traumatismes.

L'IHS est en train de mettre au point des programmes qui aideront les Indiens à surmonter les barrières culturelles et linguistiques. Avant que n'apparaissent ces programmes, les Indiens qui avaient besoin de traitement étaient envoyés chez des psychiatres et autres professionnels qui ignoraient presque tout de la vie des Indiens. Il n'en résultait que confusion et découragement aussi bien pour le patient que pour le psychiatre.

Le travail de l'IHS dans ce domaine tient compte de deux éléments essentiels: des efforts soutenus pour comprendre le style de vie, les idées et la langue des Indiens, et la participation active de ces derniers au programme.

### **La Nutrition**

La promotion d'une bonne nutrition et de soins nutritionnels optimaux est un élément essentiel de tout programme de santé bien conçu et plus particulièrement dans le cas des Indiens d'Amérique

et des indigènes de l'Alaska. Pour les groupes plus vulnérables — nourrissons, enfants en âge préscolaire, adolescents, femmes enceintes ou ayant des nourrissons, personnes âgées ou malades chroniques — les bonnes habitudes en matière de nutrition sont essentielles.

Les soins de la nutrition font partie intégrante des services de santé de l'IHS. Des efforts particuliers sont réalisés pour intégrer l'éducation nutritionnelle dans tous les services de santé, sociaux et d'éducation et dans tous les programmes d'aide alimentaire.

Le programme de nutrition et de diététique comprend des services de nutrition directs et préventifs pour les soins des patients, la direction des services diététiques dans les hôpitaux de l'IHS, la formation professionnelle des Indiens dans le domaine des services alimentaires et de la nutrition communautaire, l'amélioration quantitative et qualitative de la nutrition des Indiens, et l'éducation et la formation dans le travail.

### **Otite moyenne**

Avant 1971, date à laquelle le Programme pour l'Otite moyenne de l'IHS fut créé avec un financement spécial du Congrès, l'otite moyenne était devenue le principal problème de santé — plus répandu même que la tuberculose — chez les Indiens. En 1974, grâce à une nouvelle allocation de fonds, l'IHS a établi des programmes d'otite moyenne dans tous les secteurs administratifs, a multiplié les efforts de prévention, a amélioré le dépistage et le traitement des cas aigus, a intensifié le traitement des malades chroniques et la correction des complications, et a accru les mesures de réhabilitation.

Grâce à ces programmes l'incidence de l'otite moyenne chronique dans de nombreuses régions est maintenant à un niveau égal ou inférieur à celui que l'on observe parmi la population non-indienne. Dans certaines installations de l'IHS, des efforts portant sur les troubles de la communication, tels que les troubles de la parole et du langage, ont été entrepris en même temps que l'établissement de cliniques spécialisés pour les enfants défigu-

rés, ceux souffrant de déficiences de l'apprentissage ou de surdité, et pour les programmes de santé en rapport avec ces problèmes. En outre, grâce au programme de prothèses auditives, de nombreuses personnes de tous les âges ont recouvré leurs capacités sociales et de communication.

### **Le Vieillissement**

L'espérance de vie pour les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska est passée de 60,0 ans en 1949-51 à 71,1 ans en 1979-81. Le nombre de personnes, à l'intérieur de ces mêmes secteurs de la population, ayant 45 ans ou plus est passé de 16,2% en 1960   18,2% en 1980. Ceci a accru la demande de services sociaux et de santé pour les patients ambulatoires, les infirmes et les personnes âgées se trouvant dans les établissements de bienfaisance.

Pour y apporter une solution, l'IHS met l'accent sur l'évaluation de la santé avec des suivis pour éviter des maladies ou des afirmit s supplémentaires. En même temps, les services se sont étendus à certains domaines concernant plus particulièrement les personnes âgées, comme le diabète et l'arthrite.

### **LES BESOINS EN RESSOURCES HUMAINES**

Pour accomplir sa mission, le Service indien de Santé a besoin de personnel de différentes formations et aptitudes et qu'il peut obtenir par la voie du recrutement ou des activités de développement de carrières. L' ducation et la formation du personnel, ainsi que l'assignation de tâches bien structur es aux employés de l'IHS, sont des instruments pour améliorer la gestion des programmes, pour répondre à des besoins spécifiques en matière d'aptitudes professionnelles, pour promouvoir le développement des carrières des employés, et pour améliorer l'efficacité de la participation des bénéficiaires. La formation est également prévue pour les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska qui soient membres des conseils consultatifs de santé, pour le personnel de gestion des programmes de santé administrés par les

tribus ou par des sociétés, et pour les travailleurs des services de santé.

L'IHS offre la possibilité de faire carrière dans de nombreux domaines professionnels — de santé, liés à la santé, administratifs et autres — dans le cadre des systèmes pour le personnel de l'administration publique fédérale et du Corps commissionné du Service d'Hygiène publique des Etats-Unis. Les médecins, les dentistes, les infirmières et d'autres professionnels de la santé ont souvent la possibilité de choisir leur lieu de travail.

Les Indiens ont la priorité en matière de recrutement et de formation aux carrières. A l'heure actuelle, plus de la moitié du personnel de l'IHS est de descendance indienne ou indigène. Un certain nombre d'entre eux donnent des services d'interprétation, d'éducation ou de motivation.

### **Formation professionnelle**

Les activités d'éducation, de formation et de développement de carrières pour le personnel professionnel de l'IHS portent sur la formation spécialisée dans le domaine de la santé publique pour les médecins, les dentistes, les infirmières et autres, sur la formation d'internes des hôpitaux dans le domaine de la pédiatrie, de

la chirurgie, de l'obstétrique et de la gynécologie, sur un programme d'internat dentaire et un internat en pharmacie. Le personnel du Centre de Soutien clinique dirige des séminaires pour le recyclage professionnel et des cours de spécialisation pour les professionnels et les paraprofessionnels des soins de santé dans des installations situées à Phoenix, dans l'Arizona, dans le Centre de Formation de Black Hills à Rapid City, dans le Dakota du Sud, et ailleurs.

### **Carrières en Soins infirmiers pour les Indiens**

Les Indiens et les indigènes de l'Alaska sont l'un des groupes les moins représentés dans les professions liés à la santé et par conséquent ils sont peu nombreux à pouvoir travailler dans les communautés indiennes. Le Titre I de la Loi sur l'Amélioration des Soins de Santé pour les Indiens vise à modifier cette situation.

Une profession du domaine de la santé où les Indiens ont fait des progrès remarquables dans le cadre de l'IHS est celle des soins infirmiers. Le quart de tous les infirmiers et infirmières du programme — au nombre de 1 941 — sont des descendants d'Indiens d'Amérique ou d'indigènes de l'Alaska. Ces progrès sont attribuables au programme des soins infirmiers qui met l'accent sur le recrutement d'infirmiers et infirmières indiens. L'IHS prête également son soutien aux programmes d'éducation en soins infirmiers conçus pour donner aux employés indiens la possibilité d'obtenir un diplôme en soins infirmiers. Un programme financé par l'IHS à Albuquerque au Nouveau Mexique permet aux infirmières auxiliaires d'étudier pour devenir infirmières diplômées avec une licence ou un degré associé, ce qui leur permet d'améliorer leur compétence tout en enrichissant l'IHS.

### **Le COSTEP**

L'IHS participe au COSTEP (Programme externe des Officiers commissionnés pour la Formation d'Etudiants) financé par le Service d'Hygiène publique, qui donne aux étudiants des professions de la santé la possibilité d'acquérir de l'expérience dans le cadre des programmes de santé. Un petit nombre d'étudiants sont commissionnés comme officiers de réserve du Corps commissionné du Service d'Hygiène publique et sont appelés au service actif pendant les périodes de vacances de l'année académique. Ces officiers peuvent servir dans n'importe quelle établissement ou n'importe quel programme de l'IHS. Beaucoup d'étudiants participant à ce programme font par la suite carrière au IHS.

### **Programmes Travail-Etudes**

Des accords de coopération en matière d'éducation et de travail-étude ont été établis avec des écoles secondaires, des collèges et des universités pour exhorter les étudiants indiens à se préparer aux carrières de la santé en travaillant dans leurs communautés. Des programmes d'orientation ont également été créés pour intégrer les étudiants indiens aux programmes de santé.

réunions. Près de 1 800 élèves qui ont suivi ce programme travaillent déjà dans leurs communautés.

### **Les Assistants de Santé communautaire**

Le programme pour les Assistants de Santé communautaire (CHA) a été mis au point en Alaska pour apprendre les premiers soins aux membre de certains villages et pour aider les assistants de santé communautaire qui travaillent sur place. Ceux-ci administrent les premiers soins et les soins d'urgence dans les villages isolés. De nombreux services de santé préventive fournis par le CHA sont coordonnés avec des corporations indiennes de santé, et avec les programmes de santé administrés par l'Etat et par l'IHS. Le personnel médical de plusieurs hôpitaux du Service indigène de Santé de l'Alaska et d'hôpitaux administrés par des sociétés indigènes prête son aide professionnelle et sa collaboration. Plus de 300 indigènes de l'Alaska de 200 villages ont suivi cette formation afin d'assurer ces services de santé précieux.

### **Les Techniciens de laboratoire médical**

Dans le cadre de son programme d'amélioration des laboratoires, l'IHS a créé un programme portant sur deux années pour former des techniciens de laboratoire médical. La formation est assurée au Collège de la Communauté Navajo à Tsaile, dans l'Arizona, et au Centre médical indien du Service d'Hygiène publique de Gallup, au Nouveau Mexique.

### **Les Techniciens de l'Hygiène du Milieu**

Les Indiens qui souhaitent travailler dans le domaine de l'hygiène du milieu peuvent suivre une formation qui porte sur les principes de base de la transmission des maladies contagieuses, sur les méthodes sanitaires et sur les techniques de l'éducation sanitaire. Il y a également des cours sur les méthodes communautaires d'hygiène du milieu telles que l'épidémiologie, l'adduction d'eau, l'élimination des déchets, la salubrité institutionnelle, le contrôle des accidents du travail et dans la communauté, et la gestion de ces programmes.

## **Formation pour les services auxiliaires**

Le personnel auxiliaire de l'IHS, des tribus et des corporations indigènes joue un rôle essentiel dans les soins de santé pour les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska. En complétant le travail des professionnels, il contribue à rendre les services de santé plus accessibles et complets, il en assure la continuité et rend plus active la participation des Indiens.

Les carrières pour lesquelles une formation a été prévue sont celles de représentant sanitaire communautaire, assistant de santé communautaire, technicien de laboratoire médical, technicien d'audiomètre, technicien des archives de santé, technicien de l'hygiène du milieu, assistant de dentiste, assistant d'optométrie, travailleur de la santé mentale, assistant de travail social médical, superviseur des services alimentaires, et assistant de nutrition. Il existe également une formation sur le lieu du travail pour les aides infirmiers, les travailleurs des services alimentaires et les employés des archives médicales.

## **Les Représentants de Santé communautaire**

Les représentants de santé communautaire (CHR) sont des Indiens choisis, embauchés et supervisés par leurs tribus et qui reçoivent une formation pour combler des besoins spécifiques de la tribu en matière de santé. Le programme CHR vise à améliorer les communications entre les communautés indiennes et les fournisseurs des services de santé et à améliorer les soins de santé et l'instruction de base.

Les élèves étudient au Centre de Formation de l'IHS de Rapid City dans le Dakota du Sud et dans des établissements de formation locaux. Ils y suivent des cours théoriques et pratiques sous la supervision de personnel professionnel médical et de santé. On leur enseigne les notions de santé et de maladie, des connaissances de base en matière de santé, les soins familiaux, les premiers soins, la nutrition, l'éducation sanitaire et l'hygiène du milieu. On leur apprend également les principes de la communication, l'organisation de groupes, et les procédures à suivre dans les

### **Les Assistants de Dentistes**

Les élèves issus des écoles secondaires peuvent suivre un programme de formation, d'une durée d'un an, pour assistants de dentistes au Haskell Indian Junior College de Lawrence, au Kansas. Ils y apprennent à aider les dentistes dans le traitement des patients, les méthodes préventives et la gestion des services dentaires. Ce programme de formation est reconnu par l'Association dentaire américaine et les élèves peuvent recevoir un diplôme après s'être présentés à des examens.

Les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska qui ont suivi cette formation sont un atout important pour le programme dentaire de l'IHS puisqu'ils ont permis d'augmenter de 30% les services dentaires fournis par des équipes.

### **Les Assistants d'optométrie**

De nombreux collègues professionnels, techniques et communautaires ont des programmes de durée variable (de trois semaines à plus d'un an) pour former le personnel auxiliaire en optométrie. L'IHS emploie des assistants d'optométrie dans ses cliniques d'optométrie et d'ophtalmologie. Ce personnel réalise des fonctions auxiliaires dans le domaine de l'optique ou du traitement des patients, auprès de professionnels dans les établissements de l'IHS ou dans les cliniques des tribus. Il existe également un programme de formation de coordonnateurs des soins des yeux qui sont responsables des services optiques auxiliaires dans les régions où il n'a pas de services ophtalmologiques.

### **Les Travailleurs de la Santé mentale**

Les travailleurs de la santé mentale ont un rôle très important au sein des équipes de santé de l'IHS. Il s'agit d'Indiens d'Amérique ou d'indigènes de l'Alaska qui ont suivi une formation comme travailleurs de santé paraprofessionnels et qui connaissent bien les aspects psychologiques et sociaux de la population dont ils s'occupent. Comme ils savent quelle est l'attitude des communautés envers la santé et les maladies, ils sont très sensibles à



leurs besoins. C'est donc à eux qu'il revient d'assurer une bonne communication entre les patients indiens et le personnel médical non-indien ainsi que de faire accepter par la communauté les services de santé mentale.

Ils travaillent comme assistants des psychiatres, des psychologues, des assistantes sociales psychiatriques et d'autres professionnels de la santé mentale dans les services thérapeutiques fournis dans les communautés, les écoles, les hôpitaux et les centres de santé de la population indienne.

### **La Nutrition et la Diététique**

A cause de l'intérêt croissant porté par le public aux questions de nutrition, et des plans conçus pour mettre en oeuvre la législation en ce domaine, l'IHS a élargi son programme de formation en matière de nutrition pour les employés des tribus comme pour ses propres employés. Les programmes alimentaires et nutritionnels établis pour les tribus, tels que les crèches, la protection maternelle et infantile, le programme de suppléments alimentaires, les établissements de soins pour des groupes, les centres de réadaptation, les maisons de repos, les centres pour le troisième âge et les programmes d'aide alimentaire, ont tous besoins de plus de personnel formé dans le domaine de la nutrition. L'IHS a donc créé une série de cours de formation de courte durée. Les programmes de formation en nutrition et diététique ont pour but d'améliorer la qualité des services et de créer des emplois, avec possibilité d'y faire carrière, pour les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska.

### **La Formation pour les dirigeants des tribus**

L'IHS finance et stimule la formation des Indiens membres des conseils de santé locaux ou de zone, du Conseil national indien de Santé ou exerçant d'autres fonctions de direction au sein des tribus. L'importance accordée à ce type de formation s'est accrue avec le temps dans la mesure où des Indiens d'Amérique et des indigènes de l'Alaska de plus en plus nombreux participent à la gestion des services de santé. Le Centre tribal d'Aide à la Ges-

tion, qui se trouve à Tucson, dans l'Arizona, est responsable de la supervision, la valorisation des ressources humaines, la gestion financière et budgétaire, les services informatiques et les autres domaines nécessaires pour répondre aux besoins des tribus et des communautés.

### **Programme des Ressources humaines de l'IHS**

Le Titre I de la Loi sur l'Amélioration des Soins de Santé pour les Indiens prévoit l'établissement d'un programme de ressources humaines pour répondre aux besoins de l'IHS. L'objectif à long terme, précisé à la Section 101, est le suivant: "L'objectif du Titre I est d'augmenter le nombre des professionnels de la santé qui s'occupent des Indiens, et d'éliminer les barrières multiples qui empêchent les professionnels de la santé d'exercer, dans le cadre du Service ou à titre privé, dans les communautés indiennes"

Cinq autres sections du Titre I soutiennent ces objectifs. Chacune précise un mécanisme permettant de réaliser les objectifs principaux par l'établissement de programmes spécifiques et d'autorisations d'allocation de fonds. Ces sections et leurs objectifs sont: 102) Programme de Recrutement professionnel de santé pour les Indiens; 103) Programme préparatoire de Bourses des Professions de la Santé pour les Indiens; 104) Programme de Santé pour les bourses professionnelles; 105) Programme du Service Indien de Santé pour les externes; et 106) Allocations pour l'Éducation continue.

Le Titre I prévoit également le mandat législatif de: "... aider les tribus indiennes à développer leur aptitude à faire partie du personnel des programmes de santé et à les gérer par des activités qui incluent la formation en matière de santé et de gestion".

### **Le rôle des indiens d'Amérique et des indigènes de l'Alaska**

Au cours de la dernière décennie, des conseils de santé communautaire créés dans les tribus, et qui représentent les tribus desservies par les unités de service de l'IHS, ont contribué à l'élabo-

ration des politiques des programmes locaux, à la détermination des besoins et des priorités et à l'allocation des ressources. Des organes consultatifs de zone, composés des représentants des conseils de santé communautaire de chaque zone de l'IHS, réalisent des fonctions semblables. Ces groupes sont représentés par le Conseil national indien de santé dont le siège se trouve à Denver, dans le Colorado, et qui avec d'autres organisations comme l'Association nationale de Présidents de tribus et le Congrès national des Indiens américains, travaille avec l'IHS sur le plan national.

La participation des Indiens à la mise en oeuvre du programme est aussi importante. L'importance de la participation communautaire pour le traitement, la prévention et le contrôle des conditions nuisibles à la santé fut reconnue dès le début. Les éléments de participation locale et communautaire se sont multipliés.

Les tribus et les corporations indigènes peuvent également bénéficier d'assistance technique pour développer ou renforcer les conseils et les services de santé, et pour former le personnel administratif ou de gestion. La Loi sur l'Autodétermination et l'Assistance en matière d'Education pour les Indiens, L.P. 93-638, votée en 1975, a renforcé cette assistance. L'IHS donne aussi de l'assistance technique aux projets urbains de santé pour les Indiens.

La gamme des activités gérées par les tribus et les corporations indigènes est très vaste. Elle comprend les services de santé communautaire, de santé mentale, d'alcoolisme et de contrôle des accidents ainsi que d'autres activités telles que la planification et l'évaluation des programmes, la formation, et la planification, la construction et l'exploitation des installations de santé.

Parmi les organisations à grande échelle qui participent à la mise en oeuvre des activités de l'IHS nous pouvons mentionner le Conseil rural indien de Santé de la Californie et les Tribus des Etats-Unis et de l'Est, qui assurent une grande diversité de services de santé dans de vastes zones géographiques.

L'IHS aide également les Indiens et les indigènes de l'Alaska à obtenir les ressources fédérales applicables à leurs problèmes sociaux, économiques et de santé.

### **Dès origines à nos jours.**

Les services de santé pour les Indiens remontent au début des années 1800, aux efforts des médecins militaires pour contrôler la variole et d'autres maladies contagieuses dans les tribus proches des postes militaires. Les traités par lesquels le gouvernement fédéral s'engageait à assurer des services de santé datent de 1832 lorsqu'un groupe de Winnebagos reçut des services médicaux comme paiement partiel des droits et propriétés cédés au gouvernement. Bien que la plupart des traités arrivaient à échéance après 5 à 20 ans, le gouvernement fédéral décida de continuer à assurer les services.

Le transfert du Bureau des Affaires indiennes du Ministère de la Guerre à celui de l'Intérieur en 1849, permit d'étendre les services de médecins aux Indiens en mettant l'accent sur les aspects non militaires de l'administration des Indiens et en créant un corps d'employés civils sur le terrain. Au bout de 25 ans, près de la moitié des agences indiennes avait un médecin, et en 1900 le Service médical indien en avaient 83.

Des infirmières complétèrent ce personnel dans les années 1890 et leur nombre passa de 8 en 1895 à 25 en 1900. La plupart furent affectées à des pensionnats indiens. Des infirmières majors furent employées pour enseigner la salubrité et l'hygiène, pour donner des soins infirmiers d'urgence et pour prescrire des médicaments pour les maladies mineures. Ces fonctions furent exercées par la suite par des infirmières de santé publique.

Vers la fin des années 1880 les politiques du Bureau indien précisaient clairement que les activités des médecins devaient promouvoir la prévention des maladies mais comme il y avait une tendance vers la médecine curative, les efforts dans ce sens furent limités jusqu'au siècle suivant.

Le premier hôpital pour les Indiens fut construit dans les années 1880 à Oklahoma, et avant 1900 les efforts s'étaient concentrés pour établir des hôpitaux et des infirmeries dans toutes les réserves et dans tous les pensionnats. Ces établissements furent construits, car étant donné l'isolement des Indiens, l'absence d'établissements proches et la mauvaise condition des maisons, il était souvent inutile et parfois même dangereux de prescrire des traitements sans hospitalisation.

La supervision médicale des activités de santé adressées aux Indiens a commencé en 1908 avec la création du poste de superviseur médical en chef et a été renforcée dans les années 1920 par la création de la Division de Santé et par la désignation de directeurs médicaux de district. La première allocation de fonds destinés spécifiquement aux services généraux de santé pour les Indiens date de 1911. La principale législation sur laquelle s'appuie l'IHS est la Loi Snyder de 1921 qui autorise l'allocation de fonds "pour alléger la détresse et préserver la santé des Indiens sur tout le territoire des Etats Unis." En 1926, des médecins du Corps commissionné du Service d'hygiène publique furent détachés à certains postes du programme.

Les programmes de contrôle de maladies spécifiques, comme la tuberculose, commencèrent dans les années 1900, et les activités d'éducation sanitaire devant soutenir ces programmes furent introduites en 1910. Les services dentaires commencèrent en 1913 avec l'assignation de cinq dentistes itinérants pour visiter les réserves et les écoles. Les services de pharmacie furent organisés en 1953 avec des officiers pharmaciens assignés aux services centraux, aux bureaux de zone et aux hôpitaux.

Jusque dans les années 1920 les services sanitaires se limitèrent à quelques campagnes de "nettoyage" et à l'inspection des maisons, des écoles et des agences indiennes par des médecins. En 1928, des techniciens sanitaires du Service d'Hygiène publique commencèrent à aider le Bureau des Affaires indiennes dans la supervision des systèmes sanitaires et d'adduction d'eau et dans la solution d'autres problèmes, mais en se limitant en géné-

ral aux installations du Bureau. Un programme plus complet pour améliorer la salubrité des maisons commença en 1950.

Le Congrès vota la Loi de Transfert, L.P. 83-568, en 1954. En 1955 la responsabilité pour la santé des Indiens fut transférée du Ministère de l'Intérieur au Service d'Hygiène publique du Ministère de la Santé, l'Éducation et la Sécurité sociale. A cette époque aussi bien les installations que le personnel médical étaient insuffisants pour couvrir les besoins des Indiens.

Au début les priorités du programme pour la nouvelle Division de Santé des Indiens du Service d'Hygiène publique étaient: 1) réunir un personnel de santé compétent, 2) construire des installations appropriées dans les endroits où les services étaient possibles, 3) établir des traitements curatifs pour les nombreux Indiens grièvement malades, et 4) mettre au point et appliquer un programme préventif à grande échelle pour réduire le nombre des maladies et de décès précoces, surtout ceux qui étaient dus à les maladies que l'on pouvait éviter.

## Résultats

Depuis 1955, la Division de Santé des Indiens, aujourd'hui Service indien de Santé, a acquis plus de responsabilités et a accru son personnel, d'un petit groupe de professionnels de la santé, à plus de 9 000 hommes et femmes, compétents et dévoués. Le nombre de médecins du programme est passé de 125 à 600, les dentistes de 40 à 266, et les infirmières diplômées de 780 à 1 700. Au personnel initial composé de médecins et infirmières cliniques, de dentistes, de pharmaciens et de techniciens sanitaires, le programme a ajouté des médecins de campagne, des administrateurs d'archives diplômés, des infirmières de santé publique, du personnel auxiliaire de santé communautaire, des aides de dentistes, des infirmières auxiliaires, des spécialistes de la santé maternelle et infantile, des hygiénistes, et du personnel auxiliaire de plusieurs catégories.

Au cours des 28 dernières années, 27 hôpitaux, 26 centres de santé et 58 postes de santé ont été construits. De nombreuse installa-

tions ont été réaménagés, et plusieurs sont en cours de construction. Conformément à la Loi publique 85-151, 165 lits ont été ajoutés pour les Indiens et pour les indigènes de l'Alaska dans 20 hôpitaux communautaires qui furent construits grâce au financement pourvu par la Loi Hill-Burton (Titre VI de la Loi sur le Service d'Hygiène publique).

En outre, la portée du programme s'est étendue grâce à de nombreuses activités d'éducation et de formation visant à accroître l'efficacité, à augmenter le personnel et à promouvoir le développement des carrières.

Il y a également eu un accroissement important de l'utilisation des services. Pratiquement tous les accouchements (99,1% en 1980) ont lieu dans des hôpitaux. Le nombre d'hospitalisations dans les établissements de l'IHS ou dans les hôpitaux dont les services on été engagés sur la base d'un contrat a plus que doublé; les consultations externes dans les hôpitaux, les centres de santé et les cliniques (y compris les établissements des tribus et ceux faisant l'objet d'un contrat) ont augmenté 8,2 fois; et le nombre de services dentaires fournis est 8,3 fois plus important.

De nombreuses tribus indiennes et organisations intertribales gèrent et exploitent les programmes et les services de l'IHS dans leurs communautés. Bien qu'un des objectifs du programme ait été de permettre aux Indiens de participer aux décisions et à l'administration des questions qui touchent à leur santé, d'autres priorités avaient empêché l'IHS de s'occuper de cette question pendant les années initiales. La Loi sur l'Autodétermination et l'Assistance en matière d'Éducation pour les Indiens et la Loi sur l'Amélioration des Soins de Santé pour les Indiens prévoient d'aider les tribus qui souhaitent assumer la responsabilité de leurs programmes de santé.

### **Liaison des Ressources pour les Indiens**

Le Personnel de Liaison des Ressources pour les Indiens (IRLS) fut créé en 1980 au sein de la Division de Formulation des

Programmes pour donner des services d'orientation sur tout le territoire au personnel de l'IHS, aux tribus, aux organisations tribales et urbaines dans les domaines suivants: 1) mise en oeuvre de la législation et des autorisations concernant les Indiens; 2) formulation des politiques nécessaires; 3) mise au point, planification et mise en oeuvre d'un système d'information et de diffusion des politiques et 4) coordination de l'élaboration des politiques et directives. Parmi d'autres fonctions, l'IRLS a celle de répondre aux demandes de renseignements concernant les contrats et les subventions faisant l'objet de la L.P. 93-638 et autres législations pour les Indiens, et d'être l'ombudsman, le médiateur et le conseiller du personnel de l'IHS et des fonctionnaires urbains et des tribus.

L'IRLS élabore et distribue 1) des Mémoires sur l'Autodétermination des Indiens qui établissent et communiquent les politiques touchant aux opérations de l'IHS relatives aux contrats faisant l'objet de la L.P. 93-638, et 2) des Documents consultatifs sur l'Autodétermination des Indiens qui exposent brièvement et soulignent les questions d'intérêt. Il prête aussi son assistance technique aux tribus et aux organisations tribales, et au personnel de l'IHS pour identifier les problèmes et mettre en oeuvre des solutions afin de promouvoir l'autodétermination des Indiens.

### **Fonds d'Équité des Soins de Santé**

Au cours de l'exercice fiscal 1981 le Congrès a établi le Fonds d'Équité des Soins de Santé et a alloué des ressources pour sa mise en oeuvre. L'objectif de cette initiative est d'octroyer des fonds de manière prioritaire aux tribus les plus défavorisées en matière de santé. Le but de l'IHS est de financer de manière comparable les services de santé adressés aux différentes tribus. Les fonds alloués pendant l'exercice fiscal 1981 furent affectés à 51 tribus du Niveau V (81-100% de besoins non satisfaits en matière de santé) du système de priorités des services de santé. Au cours de l'exercice fiscal 1982 les fonds d'équité furent alloués à 4 tribus du Niveau V et à 100 tribus du Niveau IV (61-80% de besoins non satisfaits). Les fonds de l'exercice fiscal 1983 furent alloués à 10 tribus du Niveau V et à 54 tribus du Niveau IV. L'exercice fiscal 1984 est la dernière année pour ce type de financement.



## Mesure du progrès

Le niveau de santé des Indiens d'Amérique et des indigènes de l'Alaska s'est amélioré de manière importante. Entre 1954-56 et 1978-80 la mortalité chez les enfants de 3 ans est passé de 62.7 à 14.6 pour mille naissances; la mortalité due à la tuberculose a diminué de 94%; les décès dus aux maladies gastrointestinales ont baissé de 90%, et ceux dus à la pneumonie et à la grippe, de 73%.

La tuberculose, qui était autrefois un véritable fléau pour les Indiens et pour les indigènes de l'Alaska, a baissé de manière spectaculaire. En 1956 par exemple, il y a eu 3 606 hospitalisations de patients de l'IHS dans les établissements du Service d'Hygiène publique. Pendant l'exercice fiscal 1977 il y eut uniquement 194, ce qui représente une diminution de 95%. Le taux de cas actifs de tuberculose a également diminué. Les chiffres pour l'exercice fiscal 1982 indiquent une diminution de 86% depuis 1962.

L'amélioration générale de la santé s'est traduite également par une stagnation dans le nombre de patients hospitalisés et un accroissement important et soutenu des consultations dans les cliniques, ce qui indique qu'il y a moins de maladies graves et moins de patients devant se soumettre à une longue hospitalisation. Ces changements indiquent aussi une stabilisation des activités thérapeutiques et l'acceptation croissante des mesures de préservation de la santé par les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska.

## L'Age de la Population

Selon le Recensement décennal de 1980 l'âge moyen des Indiens et des indigènes de l'Alaska vivant aux Etats-Unis et desservis totalement ou partiellement par l'IHS est de 22,4, chiffre que l'on peut comparer à l'âge moyen de l'ensemble de la population nord-américaine et qui est de 30,0 ans. Des recensements plus récents indiquent qu'il y a eu une légère modifications de la structure des âges de la population des Etats-Unis. Selon les estimations, l'âge moyen de cette population au 1 juillet 1982 est de 30,6

ans, ce qui représente un accroissement de 7 mois par rapport à 1980. Il y a eu des modifications semblables dans l'âge moyen des Indiens. Les estimations préliminaires par 1982, basées sur l'accroissement survenu pendant la période 1970-1980, donnent un chiffre de 23,0 ans.

### **Natalité et Mortalité**

Taux des naissances (enfants nés vivants pour mille habitantes) Indiens d'Amérique et indigènes de l'Alaska (1978-80)	30,5
--	------

Toutes les races des Etats-Unis (1979)	15,9
--	------

Le taux des naissances chez les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska, après un accroissement continu de 1955 à 1965, a baissé. Le taux de naissances en 1954-56 était de 37,5 pour mille et a atteint un niveau maximum de 42,1 en 1959-61. En 1978-80 le taux des naissances pour les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska était presque le double de celui de toutes les races des Etats-Unis.

Mortalité infantile pour mille enfants nés vivants Indiens d'Amérique et indigènes de l'Alaska (1978-80)	14,1
--	------

Toutes les races des Etats-Unis (1979)	13,1
--	------

La mortalité infantile chez les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska a diminué d'environ 77% depuis 1954-56, et est égale aujourd'hui à 0,7 fois celle de l'ensemble de la population.

Mortalité néonatale pour mille enfants nés vivants Indiens d'Amérique et indigènes de l'Alaska (1978-80)	7,3
--	-----

Toutes les races des Etats-Unis (1979)	8,9
--	-----

La mortalité chez les enfants de moins de 28 jours parmi les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska a diminué de 68% depuis 1954-55 et est aujourd'hui inférieure à celle de l'ensemble

de la population. En 1980, 99,1% des accouchements chez les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska avaient lieu dans les hôpitaux. Ce pourcentage est légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population qui pour la même année était de 99,0%. Les causes principales de décès néo-natals sont les anomalies congénitales, le syndrome respiratoire aigu, les troubles liés à une gestation trop courte et à un poids non spécifique à la naissance trop faible, et les complications maternelles pendant la grossesse.

Mortalité post-néo-natale pour mille enfants nés vivants Indiens d'Amérique et indigènes de l'Alaska (1978-80) 7,2

Toutes les races des Etats-Unis (1979) 4,2

La mortalité chez les enfants de 28 jours à 11 mois parmi les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska a diminué de 82% depuis 1954-56, mais elle est égale à 1,7 fois celle de l'ensemble de la population. En 1965-67, le taux chez les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska (20,7) était 3 fois celui de l'ensemble de la population pour l'année 1966 (6,5). Les causes principales de décès post-néo-natals sont le syndrome de mort subite infantile, les anomalies congénitales, les accidents, la pneumonie, la méningite, la gastrite, la duodénite et l'entérite et la colite non-infectieuses.

### **Causes principales de décès (1979-80)**

Les causes principales de décès chez les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska furent les maladies cardiaques, les accidents, les néoplasmes malins, les maladies de foie chroniques et la cirrhose, les maladies cérébro-vasculaires, la pneumonie et la grippe. Ces sept causes de décès, responsables de 65% de tous les décès survenus dans ce secteur de la population pendant la période 1978-80, ont varié très peu avec le temps. Les accidents sont une cause importante de décès avec un taux de mortalité ajusté à l'âge pour 1980 de 107,3 pour mille 2,5 fois celui de l'ensemble de la population (42,3).

## Utilisation des Installations et des Services

Le nombre estimé d'Indiens d'Amérique et d'indigènes de l'Alaska qui pourront bénéficier de l'IHS en 1985 est de 931 000. La plupart vivent dans des réserves ou près de celles-ci dans 28 états ou bien dans des villages isolés de l'Alaska. Les chiffres ci-après représentent les estimations par zone administrative de l'IHS:

Zone d'Aberdeen (S.Dak., N.Dak., Nebr., Iowa)	72 000
Zone de l'Alaska	73 000
Zone d'Albuquerque (Certaines parties du N.Mex. et du Colo.)	52 000
Programme Bemidji (Mich., Minn., Wisc.)	48 000
Zone de Billings (Mont., Wyo.)	41 000
Programme de la Californie	72 000
Programme de Nashville (Fla., La., Maine, Miss., N.C., N.Y., Penna.)	29 000
Zone Navajo (Certaines parties de l'Ariz., du N.Mex. et de Utah)	166 000
Zone d'Oklahoma City (Okla., Kans.)	192 000
Zone de Phoenix	84 000
Zone de Portland (Idaho, Ore., Wash.)	85 000
Programme de Tucson (Certaines parties de l'Ariz.)	18 000

## Hôpitaux du Service indien de Santé et Hôpitaux dont les services font l'objet d'un contrat.

Le Service indien de Santé dispose de 48 hôpitaux généraux dont la plupart sont situés dans l'Alaska, en Arizona, au Nouveau-Mexique, à Oklahoma et dans le Dakota du Sud. La gamme de services qu'ils offrent comprend la médecine et la chirurgie, l'obstétrique, la tuberculose et la neuropsychiatrie. Pendant l'exercice fiscal 1983 il y avait 2 146 lits disponibles (sans comp-

ter les berceaux). Outre ces hôpitaux, 1 000 autres lits sont disponibles grâce à des contrats souscrits avec plusieurs centaines d'hôpitaux généraux communautaires et d'hôpitaux de l'Etat et des gouvernements locaux pour la tuberculose et les maladies mentales.

### **Maladies nécessitant l'hospitalisation**

Les maladies pour lesquelles les Indiens d'Amérique et les indigènes de l'Alaska sont hospitalisés donnent des indications précieuses pour l'identification des problèmes de santé. Les principales causes d'hospitalisation pendant l'exercice fiscal 1983 furent:

1. Les complications de la grossesse, des accouchements et le puerpérium
2. Les accidents et les empoisonnements
3. Les maladies du système digestif
4. Les maladies du système respiratoire

### **Services pour les Patients hospitalisés**

Les exéats de patients de moins de 15 ans ont représenté 19,7% du total en 1983, chiffre que l'on peut comparer à celui de 25,7% en 1973. Les pourcentages dans toutes les autres catégories ont augmenté depuis 1973.

Distribution par Groupe d'Age en pourcentages

Hôpitaux généraux de l'IHS et faisant l'objet de contrats

Exercices fiscaux 1983 et 1973

<b>Groupe d'Age</b>	<b>1983</b>	<b>1973</b>
Moins de 15 ans	19,7	25,7
15-44 ans	54,8	51,4

Groupe d'Age	1983	1973
45-64 ans	15,0	14,4
65 ans et plus	10,5	8,5

Les hospitalisations, y compris les hôpitaux faisant l'objet de contrats, ont augmenté de 110% entre 1955 et 1983. Environ 25% des hospitalisations ont eu lieu dans des hôpitaux faisant l'objet de contrats. Les types d'hospitalisations étaient comme suit:

Type de Service médical	Nombre	Pourcentage du Total
Médical et chirurgical		
Adultes	57 593	55,9
Pédiatrique	19 948	19,4
Obstétrique	23 700	23,0
Autres	1 720	1,7
Total	102 961	100,0
Dans les hôpitaux Consultations externes 1983 et cliniques du Service indien de Santé		1 955 462
Dans les centres de santé, les cliniques sur le terrain, les écoles et autres unités		1 297 239
Dans les établissements exploités par les tribus		675 181
Chez les médecins contractuels		225 000
Total		4 152 882

**Services dentaires  
1983**

	<b>Cliniques dentaires tribales et de l'IHS</b>	<b>Dentistes contractuels</b>
Patients examinés	241 400	26 655
Services correctifs et préventifs	1 673 333	190 406
<b>Services de la vue 1979</b>		

	<b>IHS</b>	<b>Contractuels</b>
Examens de la vue (Réfractifs)	70 326	22 451
Lunettes fournies		47 527

Tous les soins optométriques avant 1966 étaient fournis par contrat. Le personnel optométrique de l'IHS est aujourd'hui au nombre de 35 et il est aidé par des assistants dans la plupart des cas. Dans certains des établissements plus importants des ophtalmologues assurent des services médicaux et chirurgicaux et complètent les soins réfractifs. Dans les établissements tribaux et dans ceux de l'IHS on trouve également des services d'examen des yeux, de soins de la vue, des programmes d'éducation pour la sécurité et des services spécialisés.

**HOPITAUX DE L'IHS**

<b>Emplacement</b>	<b>Nombre de Lits</b>	<b>Consultations externes 1983</b>
<b>Alaska</b>		
Anchorage	170	94 899
Barrow	14	18 847
Kotzebue	31	19 667
Mt Edgecumbe	78	17 592
Bethel	50	45 883
<b>Arizona</b>		
Chinle	12	22 945
Ft Defiance	68	68 797
Keams Canyon	38	31 902
Parker	20	19 484
Phoenix	163	97 434
Sacaton	20	36 688
San Carlos	36	34 932
Sells	40	37 130
Tuba City	103	93 034
Whiteriver	46	55 002
<b>Californie</b>		
Ft. Yuma	17	15 712
<b>Minnesota</b>		
Cass Lake	21	24 910
Red Lake	23	36 666
<b>Mississippi</b>		
Philadelphia	40	23 767



<b>Emplacement</b>	<b>Nombre de Lits</b>	<b>Consultations externes 1983</b>
<b>Montana</b>		
Browning	34	44 214
Crow Agency	34	32 737
Harlem	18	19 956
<b>Nebraska</b>		
Winnebago	38	22 956
<b>Nevada</b>		
Owyhee	15	8 731
Schurz	14	8 997
<b>Nouveau-Mexique</b>		
Acoma-Laguna	40	24 862
Albuquerque	54	43 756
Crownpoint	34	31 433
Gallup	115	113 702
Mescalero	15	21 486
Santa Fe	55	34 270
Shiprock	42	74 124
Zuni	45	33 423
<b>Caroline du nord</b>		
Cherokee	35	50 206
<b>Dakota du nord</b>		
Belcourt	46	56 508
Ft Yates	32	22 712

Emplacement	Nombre de Lits	Consultations externes 1983
-------------	-------------------	--------------------------------

### Oklahoma

Ada	53	56 267
Claremore	60	83 514
Clinton	14	13 275
Lawton	52	52 720
Tahlequah	40	88 789
Talihina	52	30 510

### Dakota du sud

Eagle Butte	35 28 727	
Pine Ridge	58	46 388
Rapid City	39	36 056
Rosebud	29	37 858
Sisseton	26	20 615
Wagner	26	21 504

### Total

Hôpitaux		48
Lits disponibles		2 148
Consultations externes-1983		1,955 587

## CENTRES DE SANTE IHS

Emplacement	Consultations en 1983
<b>Alaska</b>	
Fairbanks	28 773
Kerchikan	16 347
Metlakatla	7 510
Mt. Edgecumbe*	2 785
St. Paul	4 683
Tanana	2 241
<b>Arizona</b>	
Bylas	10 251
Chinle	37 182
Cibecue	7 871
Dilkon	3 909
Fort Wingate*	2 413
Kayenta	32 502
Leupp	4 187
Many Farms*	4 073
Peach Springs	9 848
Phoenix*	4 324
Santa Rosa	8 053
San Xavier	14 255
Shonto	5 445
Teec Nos Pos	6 250
Toyei	759
Winslow	24 797
<b>Californie</b>	
Riverside*	7 765
<b>Colorado</b>	
Ignacio	10 550
Towaoc	9 628

---

Emplacement	Consultations en 1983
-------------	-----------------------

---

**Idaho**

Fort Hall	28 087
Lapwai	11 637

**Kansas**

Kaskell*	10 619
Holton	6 932

**Michigan**

Kincheloe	14,346
-----------	--------

**Minnesota**

White Earth	18 212
-------------	--------

**Montana**

Lame Deer	28 814
Lodge Grass	9 846
Poplar	31 210
Rocky Boy's	16 662
Wolf Point	14 426

**Nouveau-Mexique**

Conancito	5 286
Dulce	16 055
Isleta	12 197
Jamez	8 454
Laguna	10 274
Southwesterns Polytech. Inst.*	1 099
Taos	8 097
Tohatchi	12 016

---

<b>Emplacement</b>	<b>Consultations en 1983</b>
--------------------	------------------------------

---

**Dakota du nord**

Ft Totten	21 021
Ft Berthold	13 500

**Oklahoma**

Anadarko	15 507
Concho*	5 041
Jay	16 001
Hugo	10 749
Broken Bow	10 469
McAlester	11 184
Miami	31 153
Pawhuska	14 094
Pawnee	14 378
Shawnee	31 782
Tishomingo	12 239
Watonga	6 698
Wewoka	26 108
White Eagle	17 335

**Oregon**

Chemawa	12 348
Warm Springs	19 859
Yellowhawk	12 786

**Dakota du sud**

Flandreau*	8 704
McLaughlin	10 355
Pierre*	2 441
Wanblee	4 776
Wahpeton*	7 329

---

Emplacement	Consultations en 1983
-------------	-----------------------

---

**Utah**

Ft. Duchesne	11 848
Intermountain*	12 656

**Washington**

Colville	17 293
Inchelium	4 317
Lummi	17 092
Neah Bay	10 761
Taholah	9 364
Wellpinit	13 441
Yakima	38 618

**Wyoming**

Arapahoe	20 141
Ft. Washakie	

**Total**

Centres de Santé	79
Consultations en 1,049,718	

**BUREAUX ADMINISTRATIFS SERVICE INDIEN DE SANTE****Bureau Central**

Service indien de Santé  
Parklawn Building, Rm. 5A-55  
5600 Fishers Lane  
Rockville, Maryland 20857  
(301) 443-1083

**Zones**

Bureau de la Zone d'Aberdeen  
Indian Health Service  
Federal Building  
115 4th Avenue, S.E.  
Aberdeen, South Dakota 57401  
(605) 225-0250

Bureau des Services de Santé pour les Indigènes de la Zone de  
l'Alaska  
Indian Health Service  
P.O. Box 7-741  
Anchorage, Alaska 99510  
(907) 279-6661

Bureau de la Zone d'Albuquerque  
Indian Health Service  
Federal Building  
500 Gold Avenue, S.W.  
Albuquerque, New Mexico 87101  
(505) 766-2151

Bureau de la Zone de Billings  
Indian Health Service  
P.O. Box 2143  
2727 Central Avenue  
Billings, Montana 59103  
(406) 657-6403

Bureau de la Zone Navajo  
Indian Health Service  
P.O. Box. G  
Window Rock, Arizona 86515  
(602) 871-5811

Bureau de la Zone d'Oklahoma City  
Indian Health Service  
215 Dean A. McGee Street, N.W.  
Oklahoma City, Oklahoma 73102  
(405) 231-4796

Bureau de la Zone de Phoenix  
Indian Health Service  
3738 N. 16th Street, Suite A.  
Phoenix, Arizona 85016  
(602) 241-2052

Bureau de la Zone de Portland  
Indian Health Service  
Federal Building, Room 475  
1220 S.W. 3rd Avenue  
Portland, Oregon 97204  
(503) 221-2020

## **PROGRAMMES**

Bureau du Programme Bemidji  
Indian Health Service  
203 Federal Building  
Box 489  
Bemidji, Minnesota 56601  
(218) 751-7701

Bureau du Programme de la Californie  
Indian Health Service  
2999 Fulton Avenue  
Sacramento, California 95821  
(916) 484-4836



Bureau du Programme de Nashville  
Indian Health Service  
Oaks Tower Building, Suite 810  
1101 Kermit Drive  
Nashville, Tennessee 37217  
(615) 251-5104

Bureau du Programme de Tucson  
Indian Health Service  
P.P. Box 11340  
Tucson, Arizona 85734  
(602) 629-5010

# **RAPPORT DU RAPPORTEUR GENERAL**



REPORT BY PARLIAMENTARY GROUP



Membre du Gouvernement Constitutionnel de l'Etat de Mexico.  
Dr. Juan Gomez Martinez.

Membre du Gouvernement Constitutionnel de l'Etat de Mexico.  
Dr. Juan Gomez Martinez.

Membre du Gouvernement Constitutionnel de l'Etat de Mexico.  
Dr. Juan Gomez Martinez.

Aspect général de la cérémonie de clôture. Les délégués de l'Espagne, de l'Egypte et de Cuba.

**SEANCE D'OUVERTURE**

13 novembre 1984

La Séance d'ouverture a commencé par la présentation des Membres du Présidium, composé des personnes suivantes: Dr. GUILLERMO SOBERON ACEVEDO, Secrétaire de la Salubrité et de l'Assistance, Représentant personnel de Monsieur le Président Constitutionnel des Etats Unis Mexicains, Monsieur Miguel de la Madrid Hurtado.

Monsieur RICARDO GARCIA SAINZ Directeur Général de l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale et Président du Comité Permanent Interaméricain de la Sécurité Sociale.

Monsieur DAVID JIMENEZ GONZALEZ, Secrétaire Général du Gouvernement de l'Etat de Morelos, Représentant personnel de Monsieur le Gouverneur Constitutionnel de l'Etat de Morelos, Dr. Lauro Ortega Martinez.

Madame ANA LAURA ORTEGA VILA Présidente dy Système pour le Développement Intégral de la Famille (DIF), de l'Etat de Morelos. Monsieur EMILIO RABASA GAMBOA, Directeur du Centre Interaméricain d'Etudes de la Sécurité Sociale et Chef su Département des Affaires Internationales de l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale.

Monsieur Emilio Rabasa Gamboa a donné lecture du rapport du Comité National d'Organisation<sup>1</sup>, en ce qui concerne la présentation de la manifestation, l'inscription des participants, indiquant qu'on espérait l'assistance de cinq organismes internationaux: AISS, OIT, CPISS, CIESS et la Convention Hipolito Unanue; ainsi que quarante-neuf participants provenant de pays de quatres continents, et répartis de la façon suivante: pour l'Afrique, le Ca-

1. Le texte intégral de toutes les interventions et de tous les exposés sont dans ce même volume.

mérour, l'Égypte, le Kenya, le Rwanda, le Togo et le Zaïre; pour l'Amérique, Cuba, le Salvador, les États Unis, le Guatemala, l'Honduras, le Nicaragua et Sainte Lucie; pour l'Asie, la Corée, la Chine, les Philippines et l'Inde; pour l'Europe, l'Espagne et l'U.R.S.S.. Il a aussi présenté le programme des activités de la manifestation et a fait part de l'organisation.

Au niveau national, étaient représentés La Centrale Paysanne Indépendante, le Conseil National des Populations Indigènes, l'Institut National de la Nutrition, l'Institut National pour les Indigènes, l'Institut de Sécurité et de Services Sociaux des Travailleurs de l'État, le Ministère du Contrôle de la Fédération et le Ministère de la Salubrité et de l'Assistance.

Ensuite, Monsieur Vladimir Rys, a adressé un message de bienvenue dans lequel il a indiqué que l'examen en profondeur du problème des groupes de population qui se trouvent écartés de toutes mesures de protection sociale a traditionnellement été la volonté de l'AISS. Plus particulièrement, il a affirmé qu'il s'agissait d'une manière différente d'exprimer la notion de solidarité, fondement même de la sécurité sociale. Il a aussi rappelé que l'Association elle-même avait organisé plusieurs réunions sur ce thème, et dans son message de bienvenue, il a exprimé que l'Organisme était heureux que cette Table Ronde ait lieu au Mexique et qu'il était reconnaissant envers l'IMSS, pour son hospitalité et ses efforts d'organisation.

Ensuite, Monsieur Ricardo García Sáinz, a prononcé un discours dans lequel, en plus de souhaiter la bienvenue et de remercier les délégations assistantes pour leur présence, il a souligné l'importance que revêt l'analyse d'ensemble des différents modèles de soins sociaux aux paysans, ainsi que l'échange d'expériences et d'idées au sujet de tels programmes.

Quand il a parlé du Programme de Solidarité Sociale par une coopération communautaire IMSS-COPLAMAR, il a souligné que celui-ci était fait pour s'occuper de ceux qui ne disposent pas de capacité contributive en termes monétaires, mais qui ont la possibilité de fournir un travail pour améliorer les conditions de santé et de bien-être de leur communauté.

Par la suite, il a affirmé que ce Programme a utilisé autant les progrès techniques que la médecine traditionnelle, que la conception de soins individuels et le besoin de trouver des méthodes fondées principalement sur l'effort collectif.

Le Docteur Guillermo Soberon Acevedo, Secrétaire de la Santé, comme représentant personnel de Monsieur le Président de la République Mexicaine, Monsieur Miguel de la Madrid Hurtado, a souligné l'importance que le programme IMSS-COPLAMAR représente pour le Gouvernement Fédéral, ainsi que sa satisfaction pour sa diffusion internationale.

Pour terminer, le Docteur Soberon a déclaré l'ouverture de la Table Ronde, et a exprimé les vœux du Gouvernement Fédéral pour la succès de celle-ci.

### **Séance du matin**

*13 novembre 1984.*

La Table Ronde a procédé à l'élection de Monsieur Ricardo García Sáinz, Directeur de l'IMSS, comme Président de la Réunion, et de Monsieur Juan Eduardo Sánchez, Directeur de l'Institut Guatémaltèque de Sécurité Sociale, de Monsieur Ramaswamy Dgesic, Directeur Général de la Corporation de l'Assurance des Travailleurs de l'Etat de l'Inde, de Madame Mondanga Emony, Présidente Déléguée Générale de l'Institut National de la Sécurité Sociale du Zaïre, et Monsieur Gabino Fraga, Secrétaire Général de l'IMSS en tant que Vice-Présidents.

Monsieur Juan Eduardo Sanchez a pris la parole pour commencer les travaux de la séance. La Secrétaire Générale de l'AISS a présenté le document "Problématique Internationale de la Protection Sociale des Groupes Marginaux des Zones Rurales".

Le représentant de l'AISS a commencé sa lecture en faisant remarquer que le travail avait été réalisé en utilisant uniquement la documentation et les dossiers disponibles au siège de l'AISS et de l'OIT.

Il a continué en commentant les différents concepts que divers pays ont pris en compte en ce qui concerne le phénomène de la marginalité, en incluant dans ces concepts des catégories telles que la pauvreté et l'indigence.

Il a préconisé, pour attaquer le phénomène de la marginalité, la nécessité de résoudre les problèmes d'éducation, d'emploi, de propriété des terres, de logement et de préservation de la santé.

A la fin de l'exposé de l'AISS, Monsieur Jean Victor Gruat, représentant de l'OIT, a fait quelques observations en ce qui concerne le concept de la marginalité, et le rôle de la sécurité sociale dans ce problème. Ensuite il a posé quelques questions concernant l'aspect du financement des programmes en faveur des populations marginales.

Monsieur Rya a fait remarquer que le travail préliminaire était fondamental car il fallait délimiter le domaine de concentration du débat.

La délégation du Togo, a considéré que, dans son cas personnel, on ne peut pas agir pour des groupes spécifiques mais pour l'ensemble des zones rurales en général.

De son côté, la délégation du Cameroun a demandé si l'expérience mexicaine était réalisable dans des pays qui avaient des conditions de vie distinctes.

La délégation égyptienne a lu un compte-rendu de travail qui contenait une information relative à l'adoption de diverses dispositions légales, adoptées dans son pays, en faveur de la protection des différentes catégories de travailleurs.

La déléguée des Philippines a fait remarquer que dans son cas, depuis 1960, les couvertures de leurs systèmes ont été élargies, mais elle a souligné aussi l'importance de différencier les champs d'action des institutions.



Le délégué Hindou a manifesté que dans son pays il n'y a pas de différence très nette entre les groupes marginaux et l'ensemble de la population.

Monsieur Alvaro Castro a souligné que l'AISS ne peut pas décider à qui incombe la responsabilité de prendre en considération les groupes marginaux.

De son côté, Monsieur Rys, a signalé qu'il était nécessaire de définir les différentes situations et conditions que l'on trouve dans le milieu rural.

Le Président de la Session, a fait remarquer qu'il ne s'agit pas d'implanter dans les autres pays le système appliqué dans un pays, mais de tirer profit des expériences réalisées.

De son côté, la délégation coréenne a dit que, dans le cas de son pays, à titre expérimental, des conditions primaires de santé avaient été installées. De plus elle a ajouté que le système n'est pas obligatoire et finalement elle a manifesté son intérêt pour connaître les expériences des autres pays.

Immédiatement après la séance a été levée.

### **Séance de l'après-midi**

*13 novembre 1984*

La séance de l'après-midi a commencé avec le docteur Gaston Novelo, Secrétaire Général du Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale, qui a lu le document "Actions de la Conférence Inteaméricaine de Sécurité Sociale pour promouvoir la Protection Sociale parmi la Population Rurale".

A cette occasion, le docteur Novelo a abordé la problématique de l'élargissement de la sécurité sociale aux zones rurales, récapitulant les caractéristiques sociales, économiques et sanitaires que cet élargissement implique. Il a continué en faisant des re-

marques à propos des thèmes de recherche que le CIESS considérait nécessaires dans plusieurs de ses réunions; ces thèmes de recherche étant regroupés en fonction du milieu physique, de la démographie, de l'économie de l'enseignement et de la santé.

Après, il a mentionné les stratégies et les perspectives d'application de la sécurité sociale à la population rurale, selon l'optique de la Conférence Interaméricaine de Sécurité Sociale qui a examiné le problème.

Finalement, il a reconnu le besoin de faire de profondes réformes de structures, juridiques, politiques et économiques, afin de combattre le phénomène de la marginalité et de réussir à ce que la sécurité sociale puisse avoir une plus grande extension horizontale.

Les délégations présentes ont alors pu poser des questions. Monsieur Gruat, de l'OIT, a souligné l'importance que revêt l'extension de la sécurité sociale aux groupes ruraux qui sont organisés, par exemple en coopératives, jugeant que ce serait une solution possible pour les pays africains.

Le Docteur Novelo, a rappelé sur ce point, la préoccupation que l'extension de la sécurité sociale au milieu rural a provoquée en Amérique, et a mentionné quelques unes des actions qui avaient été réalisées.

De son côté Monsieur Rys, a mis en garde contre le fait d'essayer d'implanter des systèmes qui ayant fonctionné dans d'autres pays, pourraient, dans d'autres, entraîner des conséquences, peut-être défavorables; cependant, il a déclaré que les expériences qui avaient été réalisées seraient utiles pour structurer des systèmes propres à chaque pays.

Le dernier exposé de la séance de l'après-midi, a été fait par Monsieur Emilio Rabasa Gamboa, Directeur du Centre Interaméricain d'Etudes de la Sécurité Sociale; le titre de l'exposé est "Le CIESS et l'extension de la Sécurité Sociale aux groupes marginaux ruraux"

L'orateur a analysé le phénomène de la marginalité; il a affirmé qu'on pourrait prendre comme référence le caractère d'inégalité avec lequel certains groupes accèdent à une société moderne, et la différente exécution de son rôle dans certains aspects de la vie d'une nation, comme par exemple les aspects économiques, sociaux et politiques.

L'orateur a mentionné l'inégalité sociale tant dans les groupes ruraux que dans les groupes urbains, en précisant que le problème et sa solution ne doivent pas se réduire à un aspect quantitatif du transfert de ressources, étant donné que les qualitatifs sont plus fréquemment difficiles à capter et à résoudre.

Ensuite il a parlé de l'action du CIESS dans le domaine de la marginalité sociale, soulignant que depuis 1977, le CIESS a créé des cours de formation axés sur les soins médicaux dans les zones rurales.

De même il a demandé à l'AISS d'inclure les thèmes et les conclusions de cette Réunion dans son assemblée générale qui aura lieu en 1986 au Canada. Cette même proposition a aussi été faite au CPISS.

Il a conclu en proclamant que la sécurité sociale, dans le sens de solidarité sociale, peut être la cause de transformation sociale ainsi que d'une meilleure organisation communautaire; à partir de cela, il a avancé qu'il était possible de donner une protection sociale à des groupes sans capacité économique contributive.

Enfin, il a insisté sur la nécessité d'étudier, en son temps, le phénomène de marginalité urbaine, en vue de l'Assemblée Générale de l'AISS.

Monsieur Rys a pris la parole pour dire qu'il n'était malheureusement pas possible d'inclure ce thème à l'Assemblée Générale de l'AISS parce que son programme avait déjà été arrêté. Cependant, il a souligné qu'il serait utile, au préalable, d'étudier le problème au niveau régional et, en tous cas, d'envoyer les conclusions à l'Assemblée Générale.

Monsieur Rabasa a affirmé que la proposition visait à une plus grande prise de conscience de ce problème social par les pays. C'est pour cela qu'il considérait que l'échange d'informations entre les pays de divers continents serait très profitable.

Le délégué de l'Inde a fait part de son intérêt de connaître avec plus de détails le contenu des cours sur le thème de l'extension de la sécurité sociale au milieu rural que propose le CIESS.

Monsieur Rabasa lui a répondu qu'il le lui ferait connaître.

### **Séance du matin**

*14 novembre 1984.*

Monsieur Gabino Fraga, Secrétaire Général de l'Institut Mexicain de la Sécurité Sociale a présidé la séance.

La séance a été entièrement consacrée à la présentation du Programme IMSS-COPLAMAR de Solidarité Sociale par la Coopération Communautaire et a commencé par l'"Exposé Général du Programme", par son coordinateur, Monsieur José María Gutiérrez Trujillo.

L'orateur a commencé son exposé en mettant en relief la préoccupation que les soins à la population marginale a causé à l'état mexicain, et a rappelé que, peu à peu, à partir de 1954, des mesures de protection sociale ont été prises en faveur de ces groupes, en cherchant, particulièrement, à universaliser les soins médicaux sans que ceux-ci soient conditionnés à quelque paiement que ce soit. C'est de cette manière qu'a été établi le programme de Solidarité Sociale par la Coopération Communautaire, appelé IMSS-COPLAMAR.

Il a rappelé qu'à partir de 1978, et de la déclaration Alma-Ata on s'est fixé le but de réussir "La Santé pour tous en l'an 2000".

Il a ajouté qu'en 1979 un accord a été signé entre l'IMSS et la fédération pour les zones rurales marginales. Sur cette base, la po-

pulation comprise dans le Programme a été augmentée pour atteindre actuellement le chiffre de 18 millions de personnes.

Il a indiqué que le programme était fondé sur trois processus: diagnostique de santé, plan de santé et programme des activités du Plan de Santé; il a aussi précisé les quatre niveaux administratifs du programme qui sont: le central, normateur, l'intermédiaire, de délégation, celui de zone et celui opérationnel.

Il a conclu son exposé en affirmant que les services de solidarité sociale de l'IMSS avaient démontré être un moyen valable et sûr pour protéger les zones les plus abandonnées, et constituaient l'instrument le plus efficace sur lequel le gouvernement mexicain peut compter pour passer de la société actuelle à une société égalitaire.

Le Docteur Georgina Velazquez Diaz, Coordinatrice Médicale du Programme, a continué par son exposé: "Diagnostique de Santé dans les Zones Rurales du Mexique. Aspects Médicaux du Modèle de Soins... Progrès et Résultats."

Le Docteur Velazquez a commencé son exposé par une référence aux principales causes de mort diagnostiquées par le programme, en signalant qu'en première position venaient les infections intestinales, puis les infections respiratoires, les infections propres au nouveau-né et la tuberculose pulmonaire.

Elle a continué son exposé en parlant des services de santé qui sont contenus dans la Loi Générale de la Santé au Mexique, c'est-à-dire, l'éducation pour la santé, la prévention et le contrôle des maladies transmissibles, les soins maternels et infantiles, la planification familiale, la prévention et le contrôle des maladies bucco-dentaires, la publicité en faveur de l'amélioration de la nutrition et de la disponibilité en médicaments et autres ressources essentielles pour la santé.

Elle a expliqué comment opérait le programme, en fonction de ses installations, du personnel médical, de la population soignée, etc., et elle a terminé en donnant une série de données statisti-

ques relatives aux programmes de vaccination, aux indices de natalité et autres en relation avec le fonctionnement du programme.

Les exposés ont continué avec celui de Monsieur Gaston Martinez Matiella, Coordinateur de l'Action Communautaire du Programme, sur le thème: "Organisation et Participation de la Communauté aux Soins de Santé Primaire".

L'orateur a d'abord parlé du cadre juridique à l'intérieur duquel fonctionne le programme, et a abordé brièvement le diagnostic de santé dans les zones Marginales Rurales.

Quand il a parlé de la participation de la communauté au modèle de conservation intégrale de la santé, il a expliqué que les Comités de Santé sont des organes élus démocratiquement dans une assemblée communautaire et sont composés d'un président, d'un représentant de la santé, d'un représentant de la nutrition et d'un représentant de l'assainissement, conjointement avec le médecin et les auxiliaires du domaine médical, qui réalisent un diagnostic, un plan de santé et un programme d'activités spécifiquement étudiées pour résoudre les problèmes détectés.

Pour rassembler des données et pour suivre le programme des activités, le Comité de Santé se trouve appuyé par un corps de Promoteurs Volontaires Ruraux qui sont recrutés et formés par le médecin dans le maniement des instruments simples pour l'enregistrement de données.

Dans les autres communautés où il n'existe pas d'unité médicale, on recrute une personne que l'on forme et qu'on appelle Assistant Rural de Santé.

Ensuite, Monsieur Martinez Matiella, a mis en relief le fait que le programme avait incorporé la précieuse ressource que représentent les 13 000 thérapeutes traditionnels (herboristes, sages-femmes empiriques, rebouteux, etc.). Il résulte de plus, que des mesures aussi simples que de bouillir l'eau pour la consommation humaine, d'éliminer hygiéniquement les excréments humains, de rassembler de manière adéquate les différentes ordu-

res, de laver le sol, de placer les foyers et les lits en hauteur, etc. ont donné des résultats très positifs.

Une fois ces exposés terminés, on a formé trois groupes avec les participants (un de langue espagnole, un autre d'anglais et un autre de français) pour aller visiter les Unités Médicales Rurales que le programme avait installées dans les localités de Nepo-pualco, Tlayecac, Huecahuasco, Achichipico et Tlacotepec, toutes situées dans l'état de Morelos au Mexique, afin de connaître sur le terrain le fonctionnement des services.

Les délégués assistants ont eu la possibilité d'observer les installations des cliniques, de connaître leur structure et leur organisation interne, de parler avec les responsables de chaque unité, et aussi avec des personnes de la communauté, de connaître les jardins potagers cultivés par les habitants où poussent des fruits, des légumes, des plantes médicinales propres à la région, etc.

La visite s'est terminée à l'Hôpital rural type "S", situé à Cuautlixco, où sont envoyés les patients qui en raison de leur maladie ne peuvent pas être soignés par les Unités Médicales Rurales; Ils ont pu voir directement le déroulement des programmes comme celui de nutrition ou celui de planification familiale.

A cette occasion les autorités hospitalières ont pu exposer aux visiteurs quelles étaient les bases de fonctionnement de l'hôpital, de quels services il disposait, à qui il s'adressait, etc.; il s'est ainsi établi un dialogue intéressant avec les assistants à la Table Ronde.

Une visite de l'hôpital a été effectuée. On a pu observer, directement, comment étaient donnés les soins, ainsi que les procédés utilisés.

Les délégations présentes ont fait des commentaires élogieux en ce qui concerne le fonctionnement du programme IMSS-COPLAMAR, et ont fait part de la satisfaction et du profit qu'elles avaient pu tirer de la visite de l'hôpital.

## Séance de l'après-midi

14 novembre 1984

Monsieur Gabino Fraga, Secrétaire Général de l'IMSS, qui était président de séance, l'a ouverte en présentant le Docteur Arnulfo Ramos Figueroa, Délégué Régional de l'IMSS dans l'état de Guerrero, qui a exposé "L'Autorité Déléguée et le Programme IMSS-COPLAMAR"

Le Docteur Ramos expliqua la forme organique que revêt l'autorité déléguée et de quelle manière elle s'insère dans la structure institutionnelle. Il a signalé que ses tâches les plus importantes étaient celles d'adapter les normes nationales, de définir les objectifs opérationnels dans un cadre géographique et habité plus circonscrit, de relier et de coordonner les institutions du secteur de la santé avec les autorités gouvernementales.

Par ailleurs, il a expliqué que le Délégué de l'IMSS, dans le but de systématiser ses actions, utilise trois tendances de base:

- il promeut, il foment et il consolide la responsabilité institutionnelle,
- il consolide et promeut la coordination avec les autres institutions du secteur de la santé,
- il consolide la relation et passe des accords avec le gouvernement régional correspondant.

Il a terminé son intervention en disant que la Délégation en tant qu'organe opérateur, d'évaluation et de contrôle, doit chaque jour consolider un peu plus ses actions, doit utiliser toutes les possibilités à sa portée en demandant de l'imagination, de la responsabilité et de la passion pour un programme qui constitue une fierté parmi les systèmes de santé au Mexique.

La séance a continué avec l'exposé "Fonctions et Activités du chef délégué des services médicaux dans le programme IMSS-



COPLAMAR", par le Docteur Alberto Perez Alvarez, Chef Délégué des Services Médicaux de l'IMSS dans l'Etat de Mexico.

L'orateur a expliqué que le fonctionnaire auquel il fait allusion dans son exposé, est chargé de diffuser, d'installer et de surveiller l'application des politiques, des normes et des programmes dictés par la Sous-Direction Général Médicale de l'IMSS, par la Coordination du Programme IMSS-COPLAMAR et par d'autres organismes supérieurs; il est chargé de superviser et d'aider de manière directe à l'élaboration du diagnostic de santé dont on tire le programme de travail respectif.

Pour cela, le chef des services médicaux de délégations peut compter avec l'appui des coordinations de soins médicaux, de médecine préventive, de médecine du travail, de planification familiale, d'odontologie, d'enseignement et de recherche, pour planifier, superviser, aider et évaluer le programme dans les unités médicales.

Les exposés ont continué avec le Docteur Efrain Velasco Garcia, Superviseur Médical de Délégation du Programme IMSS-COPLAMAR dans l'Etat de Oaxaca, sur le thème: "L'Equipe Pluri-disciplinaire de Supervision".

Le Docteur Velasco a précisé que cette équipe était constituée d'un médecin, d'une infirmière, d'un technicien en santé communautaire d'un codificateur médical et d'un administrateur. Sa fonction primordiale est de surveiller et d'appuyer l'opération d'un programme dans une région déterminée, et son activité prioritaire est celle de vérifier que le diagnostic de santé soit réalisé avec des informations correctes et que la programmation des activités soit en accord avec le diagnostic. Une fois établie la programmation, il est nécessaire de vérifier son application, et dans ce but, on fixe une série d'objectifs, de dates de réunions et de visites autour de ces activités.

Le Docteur Velasco a continué avec une explication succincte de comment l'information est analysée et traitée, pour que dès l'observation d'une tendance à la baisse de l'incidence des malauias,

et une couverture satisfaisante, on puisse savoir qu'on a contribué à la réussite des objectifs du programme IMSS-COPLAMAR.

Ensuite, le Docteur Felix Garrido Maldonado, Conseiller Médical Auxiliaire du programme IMSS-COPLAMAR de l'Etat de Oaxaca a pris la parole pour exposer "Les Limites du Travail du Conseiller Médical Auxiliaire".

Le Docteur Garrido Maldonado a dit que dans ses fonctions, il visite périodiquement les unités médicales du programme, où il observe, supervise et évalue leur fonctionnement, ainsi que le médecin qui en a la charge. En même temps il l'aide et le soutient dans ses activités.

Il a conclu en parlant de comment l'exercice de ce travail lui avait permis de connaître chaque fois un peu mieux la situation des communautés, satisfaisant par là ses attentes personnelles.

Monsieur Fraga a alors donné la parole au Docteur Jose Aceves Gutierrez, Directeur de l'Hôpital Rural "S" à Cuautlixco, Morelos, qui a exposé "L'Hôpital Rural dans le Programme IMSS-COPLAMAR".

Le Docteur Aceves a dit que pour son opération, le programme IMSS-COPLAMAR compte sur des unités de premier et deuxième niveau. Le deuxième niveau de soins médicaux est représenté par 62 Hôpitaux Ruraux, répartis sur le territoire national, tous semblables, tant du point de vue du fonctionnement technico-administratif, que des ressources humaines, physiques et matérielles.

En parlant de l'hôpital qu'il dirige, il a indiqué que 68% du personnel est permanent, dans les services d'infirmières, administratifs, généraux et de conservation; 26% du personnel sont des boursiers; composé de stagiaires en médecine, en odontologie, en nutrition, en infirmerie, en travail social et de techniciens anesthésistes; les 6% restant constituent le corps directorial, présidé par le directeur et composé par les responsables des services d'infirmières, administratifs et de conservation.

Il a expliqué que l'hôpital comporte trois services: le service de consultation externe, le service des hospitalisations et les services auxiliaires. Le service de consultation externe assure les soins de médecine familiale, de médecine préventive, d'odontologie, des principales spécialisations, et s'occupe aussi d'éducation nutritionnelle.

La parole fut ensuite donnée à Magdalena Moreno Zapata, étudiante de la dernière année de médecine, et responsable de l'unité médicale rurale de Neopualco, dans l'état de Morelos. Elle a expliqué que cette unité médicale a 60 mètres carrés de superficie et se compose d'une salle d'attente, d'une salle de consultations, d'une pharmacie contenant 86 médicaments divers, d'une salle avec deux lits, d'une salle d'examen, de matériel de stérilisation, d'une pièce lui servant de logement et de deux salles de bains.

Les consultations dans cette unité ont lieu du lundi au samedi avec l'aide de deux infirmières appartenant à la communauté et qui, en cas d'absence de la responsable, peuvent soigner les maladies de diagnostic facile et même s'occuper d'accouchements.

Elle a ensuite indiqué quelles méthodes de dépistage avaient permis de déterminer les principales maladies et quel programme de travail en avait découlé.

Dans son exposé, le docteur Moreno Zapata a souligné que sa contribution s'est limitée essentiellement aux soins médicaux pour la communauté, que les progrès réalisés au sein de la communauté sont fondamentaux et que les expériences qu'elle a vécues grâce à son travail dans cette communauté l'ont beaucoup enrichie.

Il y a eu ensuite deux interventions groupées sous le titre de "Technologies appliquées dans le programme IMSS-COPLAMAR". La première fut celle de l'infirmière Lucina Rosales Rodríguez, conseillère en soins infirmiers du Programme, qui a parlé de l'orientation nutritionnelle. Elle a brièvement exposé les études entreprises pour déterminer les problèmes de nutrition dans

les zones rurales, ainsi que les programmes nutritionnels mis en oeuvre parallèlement aux services sanitaires et les mesures de contrôle appliquées dans le cadre de ces programmes.

Le deuxième exposé, sur le thème de l'hygiène du milieu, fut présenté par M. Rubén Hernández Cabrera, informaticien du Programme. Il a fait quelques commentaires sur la situation sanitaire des communautés et sur certaines mesures adoptées qui, malgré leur simplicité, ont permis d'importants progrès. Il s'agit, entre autres, de l'ébullition ou de la filtration de l'eau, de l'élimination et l'évacuation des déchets et des ordures, etc.

Pour terminer cette série d'exposés concernant le Programme, le docteur Aída María Rodríguez, Chef du Bureau de Vérification des Normes et de la Recherche technique et administrative dudit Programme, a lu un rapport intitulé "Les Relations avec la Médecine traditionnelle" portant sur les efforts de l'Institut Mexicain de la Sécurité sociale pour développer la recherche dans le domaine de la médecine traditionnelle et des herbes médicinales l'herboristerie afin de mettre à profit les connaissances des communautés.

Au terme de ce rapport, M. Fraga, Secrétaire général de l'IMSS a demandé au Secrétaire général de l'AISS l'autorisation pour diriger la séance afin de répondre aux questions des participants.

Un membre de la délégation de l'Inde a demandé des précisions sur le financement du Programme.

Le représentant de l'IMSS a alors expliqué la structure financière du Programme et la participation du gouvernement fédéral, des gouvernements locaux et de l'IMSS.

Le même délégué de l'Inde a demandé si l'homéopathie faisait partie du Programme; la réponse fut que le Tableau de Médicaments de base ne l'inclut pas mais inclut par contre les herbes médicinales.

Le représentant de l'IMSS a signalé que parallèlement aux services sanitaires, on cherche à aider les communautés à prendre en charge leur propre développement.

La délégation du Togo a suggéré à l'AISS d'organiser des cours dans ce domaine afin d'aider les institutions nationales.

Mr. Rys a répondu que l'AISS mettait au point des plans d'action à cet effet.

Un membre de la délégation de l'Inde a demandé s'il existait des possibilités d'avancement pour le personnel; la réponse fut que toutes les cliniques sont à la charge d'étudiants de la dernière année de médecine qui font leur service social.

La dernière partie du programme de cette journée fut la projection d'audiovisuels sur l'étude et l'utilisation de la médecine traditionnelle et des herbes médicinales, et notamment sur la formation de personnel empirique comme les sages-femmes et la mise à profit des connaissances transmises d'une génération à l'autre dans les communautés.

### **Séance du matin**

*15 novembre 1984*

Cette séance fut présidée par M. Ramaswamy Dgesic, Directeur général de la Société d'Assurances des Fonctionnaires de l'Inde qui donna la parole à Mme Khalil Mancy, Directrice du Département des Affaires étrangères du Ministère de la Sécurité sociale de l'Egypte, qui a lu un exposé intitulé "La Situation des Groupes marginaux dans la Société rurale égyptienne. Les Régimes d'Assistance sociale et de Développement."

Mme Mancy a expliqué pour commencer que les membres de la société rurale en Egypte sont classés en paysans indigents, paysans pauvres, petits exploitants agricoles, exploitants agricoles moyens et exploitants agricoles riches; et que les études des groupes marginaux ne portent que sur les deux premiers groupes.

Elle a souligné la volonté politique qui existe dans son pays de résoudre le problème de la marginalité, tâche qui est sérieusement entravée par différents facteurs d'ordre géographique, politique, démographique et même militaire.

Elle a expliqué ensuite que les organismes de sécurité sociale ainsi que la Banque nationale Nasser ont réalisé des activités multiples en matière de santé de telle sorte que l'on peut affirmer que les groupes marginaux, ruraux et urbains, bénéficient de nombreux services sociaux.

La parole fut ensuite donnée au docteur Jean Ha-Cheong, représentant de la Corée qui a un rapport intitulé "Les Services sociaux dans les Communautés rurales de la Corée".

Il a exposé le Projet démonstratif d'Action sanitaire de son pays, qui est un système global de services de santé, et il a également expliqué quelles politiques à long terme avaient été mises en place.

Le docteur Ha-Cheong a montré plusieurs tableaux statistiques à l'appui de la nécessité de ce type de projets.

Au terme de son exposé les délégués des Etats-Unis, du Mexique, de l'Inde, du Kenya et des fonctionnaires de l'AISS l'ont interrogé sur le financement, la formation du personnel, les coûts et la mise en oeuvre du système, ainsi que sur la participation du gouvernement.

M. Ramaswamy Dgesic a lu ensuite une "Monographie sur la situation des groupes marginaux de l'Inde".

Le délégué de l'Inde a passé en revue les différents programmes existant dans son pays; il a parlé des agences de développement des petits exploitants agricoles, du développement rural intégré, de l'emploi rural pour ceux qui ne possèdent pas de terres, de la santé rurale et d'autres thèmes. Il a toutefois indiqué que les institutions de la sécurité sociale ne participaient pas à ces programmes.

Les délégués des Philippines, de la Corée, de Cuba, du Mexique, du Kenya, du Ruanda, et un représentant de l'OIT, ont demandé des précisions sur l'évaluation des programmes, les prestations en espèces, la réforme agraire, le financement des systèmes de pensions, le nombre d'hôpitaux ruraux, etc.

Le délégué de l'Union Soviétique a ensuite demandé la parole pour exprimer sa satisfaction pour le déroulement de la Table Ronde, et en a profité pour parler de "La Généralisation de la Protection sociale pour les groupes marginaux des zones rurales"

Elle a expliqué comment sont versées les prestations en espèces et en nature dans son pays. Elle a exprimé son plaisir d'avoir pu connaître les caractéristiques du programme IMSS-COPLAMAR.

Après cette brève intervention, le délégué du Cameroun a posé de nouveau sa question sur les méthodes d'approvisionnement de l'IMSS, méthodes qui lui furent exposées avec plus de détails par M. García Sáinz.

La délégation du Ruanda a interrogé les représentants de l'AISS sur la possibilité de recevoir de l'assistance technique de cet organisme.

M. Rys lui a répondu que l'AISS ne prête pas d'assistance technique mais qu'un plan d'action dans ce domaine sera étudié.

### **Séance de l'après-midi**

*15 novembre 1984*

La séance fut présidée par M. Mondanga Emony, Président Délégué général de l'Institut national de la Sécurité sociale du Zaïre.

M. Felipe García Ortiz, Chef du Cabinet technique du Secrétaire général de la Sécurité sociale en Espagne, a pris la parole pour lire un exposé intitulé "La Protection sociale des Groupes marginaux des Zones rurales en Espagne"

Il a analysé le régime spécial agraire de l'Espagne et les problèmes confrontés. Il a également mentionné les réformes étudiées pour les services sociaux en milieu rural, y compris la protection des ressortissants qui ne sont pas couverts par la sécurité sociale et qui consiste en pensions d'assistance.

La parole fut ensuite donnée à Mme Epee Nee Kotto Mouyema, Honorée Denise, Directrice adjointe des Prestations de la Caisse nationale de Prévoyance sociale du Cameroun. Elle a parlé de la situation de la protection sociale des groupes marginaux des zones rurales de son pays; elle a exposé les grandes lignes de la politique sanitaire et sociale appliquée par le gouvernement.

Elle a terminé son exposé en indiquant qu'en 1980 la Caisse nationale de Prévoyance sociale du Cameroun avait réalisé une étude sur l'extension des prestations familiales au monde rural, ce qui a servi de source d'informations pour affronter ce problème.

Au moment d'aborder le cas de la Côte d'Ivoire, la déléguée du Cameroun a indiqué que dans ce pays, l'Etat a créé des programmes spécialement étudiés et que diverses institutions ont pris la responsabilité d'assurer le sanitaire, l'éducation, la formation professionnelle, ceci afin de protéger la population agricole.

En plus des programmes signalés, elle a également indiqué qu'en Côte d'Ivoire a été créé la Mutualité Agricole qui est une assurance mutualiste chargée principalement d'apporter certaines garanties à la production agricole. Pour terminer, elle a signalé qu'aucun de ces programmes n'est sous la responsabilité de la Sécurité Sociale.

Immédiatement après, on a donné la parole à Monsieur Jean Victor Gruat, expert en coopération technique de l'Office International du Travail qui lut un article intitulé: "L'extension de la Protection Sociale au Gabon, Consolidation du Développement".

Le représentant de l'OIT exposa de façon détaillée ce qu'il considérait comme une carence de la protection sociale au Gabon, car celle-ci n'est assurée qu'en secteur urbain salarié. Cette situation a donc obligé le Gouvernement gabonais à structurer une réforme appelée "Régime de garantie sociale" qui s'est donnée comme buts essentiels: aide aux défavorisés, rationalisation du système de santé publique, promotion de l'agriculture ainsi que du travail accompli de façon indépendante, rationalisation de tout le système de protection sociale.



Les représentants du Ruanda, du Togo, de l'Espagne et de l'Inde formulèrent certaines questions sur les problèmes relatifs au financement de l'administration et les prestations accordées concernant le problème exposé.

### **Séance du matin**

*16 novembre 1984*

Cette séance s'est déroulée sous la présidence de Monsieur Ricardo García Sáinz, Directeur général de l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale.

La réunion de travail commença avec la participation du docteur Félix Argüelles Varcárcel, conseiller à la direction de la Sécurité Sociale du Comité D'Etat au Travail et à la Sécurité sociale de Cuba, avec un document intitulé: "Sur l'extension de la protection des groupes marginaux des zones rurales".

Le docteur Argüelles fit la description de la situation précaire qui existait dans le milieu rural urbain avant la Révolution. Il poursuivit soulignant les caractéristiques du Programme de la Révolution et ses répercussions dans l'aspect social.

Il signala le rôle de la Sécurité Sociale dans ce contexte, ainsi que celui de l'Administration et le fonctionnement des programmes qui sont à la charge du Comité Régional du Travail et de la Sécurité Sociale, du Ministère de la Santé Publique, de l'Assemblée centrale de la planification, de la Banque Nationale et de la Banque populaire de l'Epargne.

Le docteur Argüelles affirma d'autre part que dans son pays, les zones marginales avaient entièrement disparu, conséquences de l'évolution révolutionnaire existante.

Ensuite, c'est à la délégation de la République populaire chinoise qu'on donna l'occasion de s'exprimer, car l'on considéra, d'une part qu'il s'agit d'un pays possédant un indice élevé de population, et d'autre part, en considéra également qu'il n'est pas membre de l'Association internationale de la Sécurité Sociale.

La délégation chinoise exposa ses propres expériences résultant des consultations médicales primaires données dans les zones rurales de son pays, décrivant notamment les caractéristiques et les actions accomplies de manière effective en ce qui concerne cette matière.

Ses membres signalèrent en particulier les expériences et les traditions qui ont prévalu et furent utilisées de façon positive au cours des années passées en programmes, comme notamment celui appelé de "Médecins pieds nus", programme au cours duquel les communautés rurales élisent certaines personnes capables de donner une attention médicale primaire dans les zones où ils habitent. Ils soulignèrent ce que représente le travail sanitaire dans les zones rurales, dans les organisations hygiéniques de base, dans les problèmes de ressources humaines et financières, ainsi que l'appui, d'une part, des zones urbaines et rurales, et d'autre part des masses populaires.

Les représentants de la OIT du Togo et du Mexique se félicitèrent de la présence et de la participation de la Chine et demandèrent aux différents orateurs de cette délégation, des renseignements complémentaires concernant les aspects financiers, les ressources humaines, l'enseignement et la formation du personnel ainsi que sur la participation de la femme dans de tels programmes.

Monsieur Clendon Mason, Ministre de la Santé, du Logement et du Travail de Sainte-Lucie, demanda ensuite la parole et au cours d'une brève intervention fit une description de la protection à la population nationale, et cela en ce qui concerne les aspects de la sécurité sociale et de l'attention médicale dans son pays, manifestant ainsi le grand intérêt suscité par l'extension de la protection sociale.

La session de travaux présentés se termina par l'intervention des docteurs Jimmy R. Mitchell et John Todd, du service de Santé Indigène des Etats Unis. Ceux-ci commentèrent que ce service couvre les programmes d'attention médicale destinés aux Indigènes qui forment les groupes minoritaires.

Leur exposé audiovisuel souligna que les but poursuivis seraient rapidement atteints. Ils signalèrent les résultats obtenus en comparaison avec ceux qui existaient en 1955 dans tous les domaines en relation avec l'organisation des services préventifs de soins de la santé individuelle et de l'environnement.

### **Séance de clôture.**

*16 novembre 1984.*

Monsieur Emilio Rabasa Gamboa prit la parole afin de lire le Résultat final établi par le Rapporteur général, document donnant un résumé des travaux de la Table Ronde et soumis à la considération des assistants ainsi que les conclusions recueillies parmi les problèmes exposés, ceux-là mêmes qui se trouvent dans une autre partie de ce volume.

Ce fut ensuite Monsieur Rys qui prit la parole en sa qualité de Secrétaire Général de l'AISS. Il proposa que soit incluse l'idée de l'extension de l'attention médicale aux groupes marginaux ruraux, au cours de ses activités régionales futures.

En ce qui concerne l'Amérique, il fit référence à la Conférence régionale américaine qui aura lieu à Washington en 1985.

Il se déclara très satisfait de l'assistance et de l'intérêt suscitée par la Table Ronde, félicitant chaleureusement les organisateurs de celle-ci.

Il remercia également de l'hospitalité reçue. En conclusion, il envoya un message qui récapitulait les travaux de cet événement, se faisant le porte-parole de la AISS, pour les résultats obtenus.

Pour téminer, Monsieur Ricardo García Sáinz remercia de leur participation et collaboration toutes les personnes qui firent de cette Réunion, une réalité, et il déclara de clôture de celle-ci.

## CONCLUSIONS



Il est nécessaire de définir clairement, et cette définition doit avoir une portée universelle, les termes qui définissent le phénomène de ce qui est marginal, afin que le débat sur ce problème ne se disperse pas comme une conséquence de l'indétermination de l'objet de l'étude et de l'attention.

Il est évident que le bien-fondé de réunions comme celle-ci, chaque fois que sera utile l'échange d'informations et d'expériences, desquelles, les pays dont les institutions se font représenter pourront prendre celles qui leur seront les plus profitables et qui pourront leur servir de base pour le développement de leurs propres programmes ajustés à leurs propres réalités.

Même quand ce ne sont pas tous les pays, dont les institutions ont assisté à cette Table Ronde, qui établissent une différenciation entre leur action dans la zone rurale en général, et la zone rurale marginale, s'ils reconnaissent la nécessité d'entreprendre une action coordonnée sur le plan national, afin d'amplifier la protection sociale aux groupes marginaux ruraux.

On doit reconnaître le besoin de sensibiliser et faire prendre conscience sur les scènes qui constituent l'Association internationale de la Sécurité Sociale, au niveau mondial et au niveau des organismes régionaux, comme dans les cas américain, la Conférence interaméricaine de Sécurité Sociale, aux pays membres et aux autres Institutions ou organisations invitées, en ce qui concerne les activités qui, de manière nationale ou régionale, croissent et se développent sur le thème de l'action concernant la marginalité rurale.

Le phénomène de la marginalité ne concerne pas seulement le milieu rural, car il se présente indistinctement dans le milieu urbain. C'est pour cela qu'il est important de développer des actions qui apportent une solution au problème de façon globale, et non seulement à une partie de ce problème.

Les délégations présentes, témoignèrent de façon unanime que la présence du programme IMSS-COPLAMAR dans les zones

marginales rurales du Mexique, dont la démonstration fut un des sujets de cette Table Ronde, fut un facteur décisif d'intégration, de développement et d'organisation, aussi bien au niveau interne des communautés, ainsi qu'entre elles et l'univers dans lequel elles se trouvent. On a souligné particulièrement l'effort de ce programme qui a permis de retrouver les formes originales de ces propres communautés afin de résoudre leurs problèmes de santé, et ce qui est le plus significatif, afin de structurer un modèle d'attention intégral de la santé, en abandonnant les sophistications technologiques inutiles de prix élevé et de rendement social inférieur.

La présentation des différents schémas ou modèles de protection sociale aux groupes marginaux des zones rurales, ainsi que d'autres actions et programmes de sécurité rurale, de la part des assistants à la Table Ronde, à travers des monographies et travaux sur leurs respectives expériences nationales, largement mises en valeur dans la partie rapportée, ainsi que le débat suscité par celles-ci, a été hautement positif et stimulant et l'on a constaté l'énorme intérêt qui existe en ce qui concerne le thème de la Réunion. En conséquence il est bien entendu que s'il n'existe pas une formule unique d'application universelle il existe un consensus en ce qui concerne le possible et le factible si l'on obtient l'extension de la Sécurité Sociale à des agglomérations humaines qui ne soient pas assujetties à une relation formelle de travail et manquent ainsi de capacité économique contributive. Le modèle d'attention intégrale à la Santé du programme de solidarité par coopération communautaire IMSS et COPLAMAR, en est un exemple frappant.

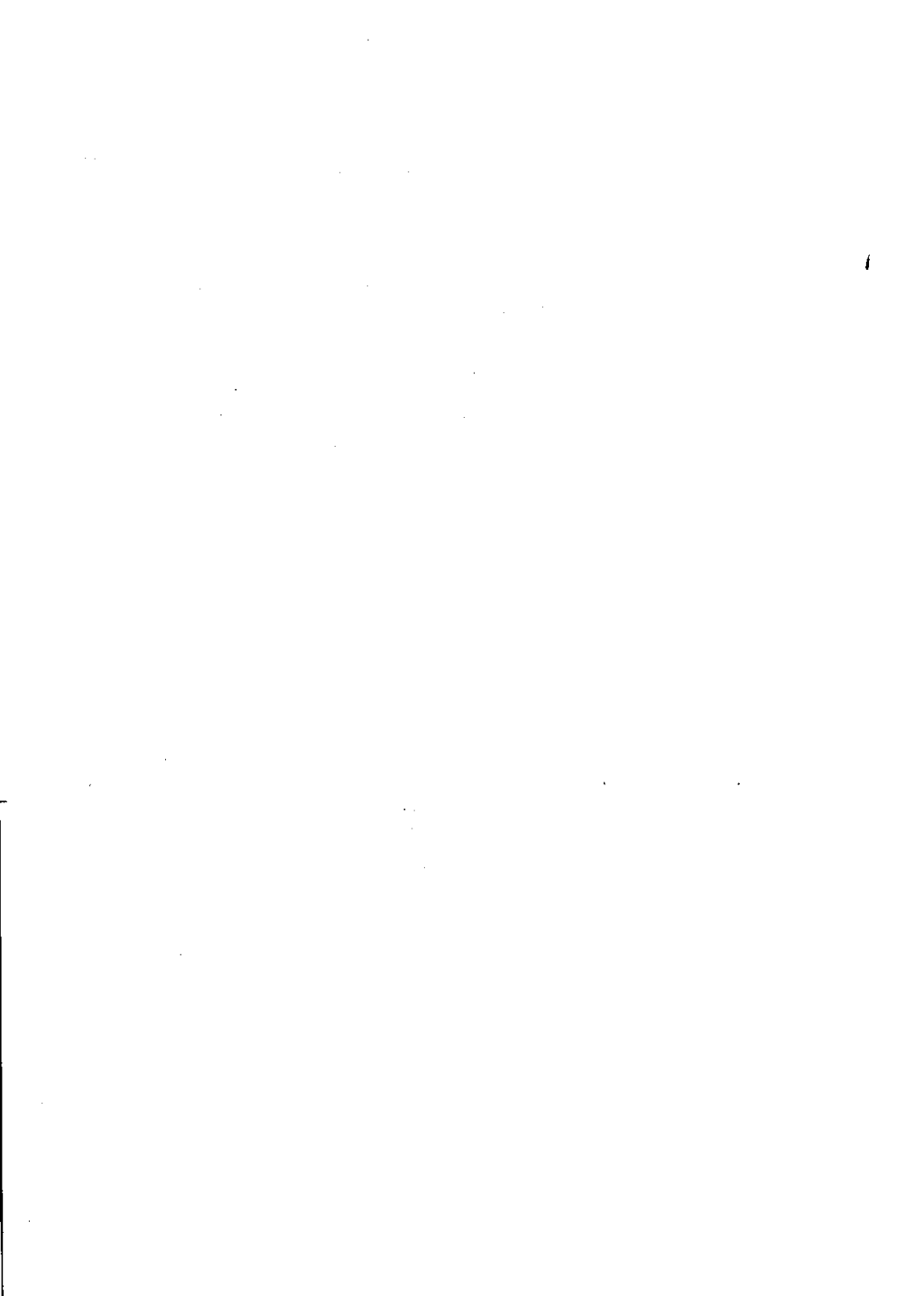
En conséquence, afin d'atteindre le but établi à Alma Ata de: Santé pour tous en l'an 2000, il devient inutile de s'attacher aux schémas traditionnels de protection sociale en général et aux services d'attention médicale en particulier.

Dans ce contexte, le problème de l'extension de la Sécurité Sociale, ne se réduit pas exclusivement à la disponibilité des ressources économiques, sinon sur toute une organisation adéquate ou une combinaison de celles-ci ou bien d'autres de nature politique et sociale.

L'expérience constructive de IMSS-COPLAMAR est structurés en 4 piliers: a) Devis Fédéral, b) L'expérience accumulée, infrastructure opérationnelle et de Services de la Sécurité Sociale Mexicaine, c) Large participation de la communauté bénéficiaire et d) Gouvernements locaux, ce qui en démontre le possible, dans une combinaison correcte de plusieurs instances pour la réussite du programme.

Dans ce sens, le concept de "Solidarité Sociale" est adéquat et peut être conseillé afin de décrire les nouveaux schémas de protection sociale dirigés à des groupes sans capacité contributive et permettre de cette façon d'ouvrir de nouveaux horizons et de nouvelles routes pour la Sécurité Sociale, facteur de compréhension et de paix.





**CEREMONIE DE CLOTURE**

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

**DISCOURS PRONONCE PAR MONSIEUR VLADIMIR RYS  
SECRETAIRE GENERAL DE L'ASSOCIATION  
INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE**

**Monsieur le Président,**

**Messieurs et Mesdames:**

Pendant la séance de clôture d'une réunion organisée ou coorganisée, comme dans ce cas particulier, par le Secrétaire Général de l'Association, il faut comme d'habitude essayer d'arriver à des conclusions qui ne sont pas générales comme notre collègue M. Emilio Rabasa l'a fait d'une façon extrêmement compétente, ainsi qu'essayer d'arriver à des conclusions d'opération pour le travail de l'Association, à l'avenir. Pourtant, quel serait l'objectif de tout cet effort, car nous avons beaucoup travaillé ici pendant cette semaine, et quel serait l'objectif si maintenant que nous allons chez nous, vers nos différents pays, vers nos différents continents, nous n'aurions pas une petite notion? Où allons-nous après? Car, celle-ci est une des particularités essentielles pour travailler dans le cadre de la protection sociale, elle n'est jamais finie et doit continuer, pourtant ces réunions doivent être utilisées pour nous donner un fondement pour avancer davantage, pour réaliser des études dans différentes directions.

Alors, évidemment en fonction de Secrétaire Général de l'Association, je peux seulement réagir à cause des circonstances et je ne peux que vous présenter quelques orientations qu'on m'a suggéré en tenant compte de mon expérience dans l'Association. Evidemment il y aura des tâches pour les organismes statutaires de l'Association pour délibérer en vue d'établir le programme de nos activités futures et prendre des décisions, mais je crois bien que les orientations qui sont révisées peuvent être utiles pour établir des principes pour les organismes statutaires de l'Association, ce bureau du Conseil de l'Association, en vue d'établir ses programmes qui sont partie de ses activités et décider ce qu'il faut faire dans ce domaine particulier à l'avenir.

Alors, ces activités futures sans doute doivent se fonder sur quelque rapport, sur quelque reconnaissance des situations qui existent en je crois que nous avons posé le problème ici fort clairement.

Nous avons pu nous rendre compte le premier jour pendant le débat qui a pris quelque temps, que dans ce domaine particulier nous sommes devant un problème très compliqué. Nous avons reconnu qu'il y a une grande variété de conditions concernant la protection sociale des populations marginalisées; pas seulement parmi les différents continents mais aussi parmi les différents pays du même continent, et ceci est un fait de la vie qui doit être pris en considération. Nous avons reconnu qu'il y a des différences à cause de l'évolution spécifique, d'un côté, de la protection sociale du secteur rural et d'un autre côté, il y a des différences à cause de l'évolution spécifiques des branches de la sécurité sociale dans les systèmes de sécurité sociale des différents continents et pays et en particulier il y a des différences, considérables différences, dans l'évolution de l'attention médicale, spécialement dans des différents pays, surtout en ce qui concerne la structure institutionnelle.

Alors, la reconnaissance de ces faits doit nous guider dans l'établissement de nos activités futures.

Cet exposé ne doit pas être considéré comme un genre de conclusion négative de cette Conférence, pas du tout. Nous croyons que d'aucune façon cette diversité de reconnaissance peut diminuer les avantages valables qui proviennent d'une comparaison de la situation des différents pays et des continents.

Je crois que c'est précisément que nous connaissons ces différences, ainsi que la détermination de nos schèmes spécifiques dans nos différents pays, et nous avons plus de connaissance du fait qu'ils peuvent être amendés et améliorés, et les linéaments qui peuvent être améliorés ne sont pas nécessairement des buts que nous suivons dans nos différents pays, je crois qu'ici nous avons une leçon fondamentale de comparaisons internationales qui doivent être retenues.

D'autre part, et cela a été clairement exposé ici, nous devons recevoir des avantages étendus après l'étude entière de l'exemple de quelques dirigeants dans ce domaine particulier. Pourtant, un des objectifs de cette réunion était d'offrir l'opportunité d'étudier l'exemple de COPLAMAR, et je crois que nous avons atteint cet objectif avec beaucoup de succès, mais nous avons vu qu'il y a aussi dans les autres continents, d'autres pays qui peuvent être un exemple en vue de prendre certaines mesures dans certaines directions.

Je crois que vous avez été étonnés aussi bien que moi, par l'exposé qu'on a reçu hier soir concernant l'introduction de mesures pour l'indigence de Gabon, en Afrique. Alors, comme on a dit dans les conclusions finales de notre conférence, le fait qu'il y a des exemples comme celui-ci, montre qu'on peut le faire aussi, le seul problème étant qu'on doit le faire en accord avec les différentes situations socio-économiques nationales, ainsi qu'il faut l'étudier en accord avec les possibilités des différents pays.

Pourtant, mesdames et messieurs, avec cette information et compte tenu de cette analyse, quelles sont les activités que notre Association peut réaliser pendant les prochaines années?

Je voudrais suggérer qu'étant donné la situation spécifique dans des différents continents, nos activités futures doivent être divisées ou bien doivent être liées étroitement à la situation des différents continents. C'est-à-dire, par exemple, ici dans l'Amérique on peut dire qu'il est évident que nous devons continuer l'étude des possibilités d'utiliser considérablement le modèle COPLAMAR, y compris le Mexique et peut-être l'étude des conditions pour introduire ce genre de schème dans ce continent, qu'il paraît être plus adéquat, étant donné l'expérience dans le monde entier au sujet du domaine de la sécurité sociale, qui peut être plus profonde que dans les autres continents, en vue de penser à l'introduction de cet schème.

Mais je crois aussi que nous pouvons aller plus loin dans l'exemple COPLAMAR car nous pouvons suivre l'initiative et l'idée qu'on a exposé ici, qui aurait du sens si ce projet concer-

nant le secteur de l'attention médicale dans le schème COPLAMAR pour la population rurale, pourrait couvrir aussi le secteur urbain.

Certainement, en ce qui concerne notre Association, nous sommes vraiment en train de dépasser le cadre de la plupart des organisations membres, mais je crois que c'est parfaitement légitime que le programme de recherche de l'Association, étant un programme qui continue la recherche, doit essayer d'étudier les différents points de vue de l'évolution dans le cadre de la sécurité sociale et je suis convaincu qu'il serait tout à fait valide pour le programme de recherche de l'Association, d'entreprendre cette question à l'échelon régional américain.

C'est-à-dire, je peux penser vraiment que quand la prochaine Conférence Américaine Régionale de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale aura lieu au mois de Septembre l'année prochaine, à Washington, D.C., nous allons parler là au sujet des activités futures de l'Association dans l'Amérique et je pense qu'il serait parfaitement utile si l'on fait une suggestion dans cette Conférence en vue d'inclure un projet de recherche concernant la possibilité d'inclure le schème pour le secteur rural et urbain dans les mesures de la protection sociale pour la population marginalisée, pour que ce projet de recherche soit compris dans notre programme.

Evidemment, M. le Président, ce projet doit être sur la base de l'initiative de notre institution parce que, comme je l'ai déjà dit, vous êtes en effet les dirigeants dans ce secteur et vous devez assumer la responsabilité de dirigeants, mais en tenant compte de la politique de notre institution d'envisager en avant, je suis certain que vous n'aurez pas aucun problème pour accomplir cet impératif.

Au nom de notre Association, je vous promets l'appui complet pas seulement du personnel régional de l'Association, mais l'assistance entière des services centraux de recherche de l'Association. Maintenant, quelques mots sur les autres continents. En ce qui

concerne l'Asie, on va conclure un traité avec le secteur de la population marginalisée, car, en accord avec ce que nous avons dit pendant nos conversations précédents, dans la plupart des autres continents la population rurale entière est marginalisée et nous ne sommes pas à la charge du programme de protection sociale pour la population rurale entière.

En ce qui concerne l'Asie, nous avons déjà eu un point dans l'agenda de notre programme actuel. La conférence sur la protection sociale de la population rurale dans l'Asie aura lieu pendant le mois d'avril, 1986 à l'Indonésie.

Comme vous pouvez vous rappeler, j'ai signalé dans mes remarques d'ouverture de cette conférence, que nous avons déjà eu une conférence similaire à Kuala-Lumpur il y a deux ans. On a essayé d'établir s'il y a eu du progrès depuis lors et quel genre d'expériences ont été faites dans ce domaine particulier en vue d'attirer l'attention des membres de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale de l'Asie ici dans ce conférence en particulier, car elles sont d'une importance considérable. Je veux aussi essayer de voir dans l'Asie plus loin, au niveau de la recherche de l'étude sur des différents façons possibles de protection sociale pour l'Asie, pas seulement au niveau national fédéral mais aussi au niveau provincial ou même au niveau de l'administration locale. Nous savons que ce qui n'est pas possible pour un gouvernement fédéral sur la base du pays entier, quelques provinces peuvent le faire mieux dans le cadre de leurs limites géographiques, et nous voudrions développer un projet de recherche qui a été déjà proposé depuis quelques années, maintenant nous cherchons seulement le financement en vue de pouvoir le réaliser.

En ce qui concerne l'Afrique, il est évident qu'en ce moment nous devons suivre l'exemple de Gabon. Nous devons aussi prendre quelque temps et continuer l'expérience de ce pays à cet égard en vue de le considérer comme un projet modèle.

D'un autre côté, et ici nous signalons la dichotomie parmi les différents façons d'envisager la sécurité sociale en Afrique, nous devons suivre très étroitement le développement et le renforce-



ment de l'assurance de maladie et l'attention médicale. Comme je vous ai signalé, à l'occasion d'une conférence récente de l'AISS qui a eu lieu au mois de septembre, à Lusaka, Zambie, où on a souligné que l'Afrique se trouve en voie de développer l'assurance de maladie et le soin médical. La volonté politique est là, nous devons étudier les moyens techniques à notre disposition et les moyens financiers pour réaliser les différents projets. Il y a différentes façons de le faire. Je ne vais pas entrer dans les détails mais je crois qu'à présent il faut développer une étude considérable. A cet égard, nous avons déjà envisagé une conférence et un débat au sujet de l'assurance de maladie et le soin médical à l'occasion de la prochaine réunion avec les directeurs des institutions de la sécurité sociale dans les pays de l'Afrique francophone, qui aura lieu à la fin de l'année prochaine à Dakar, à Dakar.

M. le Président, je crois que ce rapport a complété le cadre de directions possibles de travail de l'Association et peut être valide pendant les prochaines années. Je crois que seulement à la fin de cette période de travail régional classifié nous pouvons envisager dans quelques années, nous retrouver dans une réunion comme cette table ronde en vue de confronter les différentes expériences et l'évolution qui a eu lieu dans les différents continents et les différents pays pour accumuler cette expérience et réadapter, ainsi que reajuster nos perspectives pour le travail futur parce que, comme je l'ai déjà dit, ce travail doit continuer et n'arrêter jamais.

M. le Président, avec ces conclusions d'opération, je peux arriver à la fin de mon intervention qui consiste à adresser au nom de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale notre plus sincère remerciement, d'abord pour l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale et en particulier pour notre Président, Lic. Ricardo García Sáinz, qui a organisé cette réunion de la Table Ronde.

En 1983 il l'a fait à Geneve à l'occasion de l'Assemblée Générale de l'AISS, et à l'occasion de la réunion de la Table Ronde au sujet des services sociaux, et pourtant il a remarqué que l'idée a été suivie immédiatement parce qu'il y a une réponse positive du cô-

té des organismes responsables de notre Association. Le premier mérite c'est pour lui parce qu'il nous a fait assister à cette réunion au Mexique.

Je voudrais aussi remercier le Comité Interaméricain de Sécurité Sociale et le Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale, pour sa coopération dans la préparation technique et matérielle de cette conférence. Sans cette préparation matérielle, il aurait été impossible de travailler ici sous des conditions, je voudrais dire des conditions parfaites dont nous avons pu travailler. Je dois signaler qu'à cette occasion particulière la tâche du Secrétariat de l'AISS a été extrêmement légère parce que nous avons pu compter sur les gens les plus compétents du Département International de l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale, du Secrétariat du Comité Interaméricain et du Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale. Nos plus sincères remerciements pour tous, à cause de son travail magnifique.

En plus, mesdames et messieurs, nos remerciements au nom de l'Association pour vous en général, ainsi que les rapporteurs qui nous ont préparé les différents documents. Je peux vous dire que quand on a préparé cette réunion dix jours avant le jour "D", il y avait seulement quatre ou cinq exposés dans la liste et nous avons eu une grande surprise de savoir que quelques délégations avaient préparé les documents ici, et je peux souligner le cas d'une dame déléguée en particulier, qui n'a pas hésité à préparer pendant la nuit sa contribution particulière pour le travail de cette Conférence.

Cela peut attirer votre attention, et je voudrais remercier tous pour cet effort splendide. Nos remerciements aussi pour tous les vice-présidents. C'est très difficile d'assister à une réunion et être demandé au début tout à coup, ¿Est-ce que vous pouvez nous aider et participer dans la réunion? Ils n'ont pas eu le temps de se préparer pour cela, cependant, ils ont répondu volontairement et positivement, et nous remercions nos vice-présidents pour cet effort.

Enfin, mesdames et messieurs, je remercie tous les participants, qui sont venus ici, pas seulement ceux qui sont partie des organisations membres de l'AISS, mais je veux souligner spécialement ceux de vous qui sont venus, j'hésite d'employer le mot étrangers, parce que nul n'est un étranger quand il s'agit d'une question de travailler dans le domaine du travail social, mais ceux de vous qui ne sont pas membres et qui n'ont pas d'expérience dans notre travail, c'est vraiment l'avantage de l'AISS, qui est une organisation non-gouvernementale et nous pouvons être flexibles à cet egard en général, en ouvrant la porte très librement à tous ceux qui ont quelque chose à contribuer et vous tous, qui sont venus ici, ont été d'une contribution merveilleuse.

M. le Président, cette réunion est finie mais pas tout à fait, comme je l'ai déjà dit, parce que cela ne veut pas dire que notre travail soit fini, au contraire, notre travail est en train de commencer, comme j'ai souligné, nous devons concentrer nos efforts maintenant sur les différents domaines spécifiques qui méritent plus d'études parce que c'est seulement de cette façon, M. le Président, que nous serons prêts pour trouver des solutions pour le programme qui consiste à trouver la façon d'assurer au moins, une partie de l'existence honorable pour tous les gens du monde.

Merci beaucoup.

## **DISCOURS DE CLOTURE PRONONCE PAR MONSIEUR LE LIC. RICARDO GARCIA SAINZ**

**Membres distingués du présidium;  
Messieurs les délégués;  
Mesdames et messieurs:**

Aujourd'hui se déterminent les travaux de la Table Ronde sur l'Extension de la Protection Sociale aux Groupes Marginaux des Régions Rurales, un événement pour lequel nous avons été honorés par la présence de représentants des pays de quatre continents et plusieurs organismes internationaux.

Dans les exposés sur les expériences nationales, les débats qui ont été développés ont montré l'évidence d'un besoin urgent de continuer l'effort en vue d'atteindre que la protection sociale pour la population marginalisée soit intensifiée d'une telle façon qu'elle soit intégrée avec le reste de la population.

Nous espérons que les faits vécus et les expériences que vous avez eu l'occasion d'apprécier à travers du Programme de Solidarité Sociale par Coopération Communautaire IMSS-COPLAMAR, puissent contribuer, dans quelque mesure, à résoudre les problèmes du marginalisme dans vos pays respectifs et à fortifier les relations entre nos peuples.

Nous sommes convaincus qu'on pourrait seulement atteindre cela, avec la coopération et l'assistance des organismes internationaux et avec la participation décidée de nous tous.

Pour le Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale et l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale, c'est une raison de toute satisfaction le fait d'avoir pu organiser la Table Ronde au Centre de Vacances IMSS-OAXTEPEC, avec la collaboration étroite de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale.

Je voudrais remercier la présence dans cet événement, de:

- Monsieur le Docteur Vladimir Rys, Secrétaire Général de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale, pour son

appui et l'expérience qu'il nous a donné gentiment pour la réalisation de cette Table Ronde;

- Des organismes internationaux et des délégations des autres pays assistants à cette Réunion;
- De nos invités spéciaux;
- De l'équipe de travail de la Coordination Générale de l'IMSS-COPLAMAR;
- Du Gouvernement et du peuple de Morelos pour l'hospitalité et les gentilleses qui ont montré aux participants;
- Des membres de la presse nationale qui ont couvert cet événement;
- Du groupe de traducteurs et des hôteses qui a facilité le développement des travaux;
- Du personnel de l'IMSS en général, qui d'une manière, ou d'une autre, a fait notre séjour agréable à cet endroit;

Aujourd'hui, le 16 novembre 1984, je suis très honoré de faire la déclaration formelle de clôture des travaux de cette Table Ronde sur l'Extension de la Protection Sociale aux Groupes Marginaux des Régions Rurales, au bénéfice de la Sécurité Sociale nationale et internationale.



La Directeur Général de l'IMSS et Président du CPISS, Lic. Ricardo García Sáinz, clos formellement la Table Ronde. Au présidium, de gauche a droite, l'Arq. Jose Ma. Gutiérrez Trujillo, Coordinateur Général du Programme IMSS-COPLAMAR et le Lic. Gabino Fraga Mouret, Secrétaire Général de l'IMSS; M. Vladimir Rys, Secrétaire Général de l'AISS; et M. Alvaro Castro, Conseiller Technique et Actuariel de l'AISS.

LISTE DES PARTICIPANTS A LA "TABLE  
RONDE SUR L'EXTENSION DE LA  
PROTECTION SOCIALE AUX GROUPES  
MARGINAUX DES REGIONS RURALES"

**CAMEROUN**

Mme. EPPE NEE KOTTO MOUYEMA, HONOREE DENISE,  
*Directrice Adjointe de Prestations de la Caisse Nationale de  
Prévoyance Sociale du Cameroun.*

**COREE**

Dr. YEON HA-CHEONG, *Directeur de Recherche, Planification  
of Coordination de l'Institut de Développement de Corée.*

Sr. KIM JIN KOO, *Administrateur de la Société de l'Assurance  
Médicale de Corée.*

M. WON CHAN CHANG, *Président de la Fédération de Sociétés  
d'Assurance Médicale de Corée.*

M. JOHNG UN YANG, *Directeur de la Fédération de Sociétés  
d'Assurance Médicale de Corée.*

**CUBA**

Dr. FELIX ARGUELLES VARCARCEL, *Conseiller de la Direction  
de Sécurité Sociale du Comité d'Etat de Travail et Sécurité  
Sociale.*

**CHINE**

M.M. SONGA YUNFU, *Directeur Adjoint du Département  
d'Affaires Etrangères du Ministère de Santé.*

M. DENG LIANG YUE, *Directeur de l'Institut de l'Acupuncture,  
Ministère de Santé Publique.*

Mme. ZHANG YIFANG, *Sous-Directrice de la Section de  
Médecine Interne de l'Hôpital de Xi Yuang, Ministère de la  
Santé Publique.*



Mme. MU YINGYING, *Interprète en Espagnol de la Direction d'Affaires Etrangères du Ministère de Santé Publique.*

## **EL SALVADOR**

Lic. JULIO EZEQUIEL MONTOYA, *Actuaire Conseiller de l'Institut Salvadorien de l'Assurance Sociale.*

M. CARLOS JACINTO CHAVARRIA AGUILAR, *Chef du Département d'Affaires Internationales de l'Institut Salvadorien de l'Assurance Sociale.*

## **EGYPTE**

Mme. RAGAA KHALIL MANCY, *Directrice Générale de Relations Publiques et Développement de Personnel, Ministère de l'Assurance Sociale.*

NOSHY ABBAS RAMADAN, *Directeur de l'Administration Juridique de l'Institut Général de l'Assurance et des Pensions*

## **ESPAGNE**

M. FELIPE GARCIA ORTIZ, *Directeur du Cabinet Technique du Secrétaire Général pour la Sécurité Sociale. Ministère de Travail et Sécurité Sociale.*

M. BERNARDO DIEZ RODRIGUEZ, *Sous-Directeur Général d'Affaires Internationales de l'Institut National de Sécurité Sociale.*

## **ETATS UNIS**

M. JIMMY R. MITCHELL, *Directeur par intérim de la Division d'Activités Sanitaires d'Appui. Service Indien de Santé.*

M. JOHN G. TODD, *Consultant en Santé. Service Indien de Santé.*

**PHILIPPINES**

Mme. FABIAN J. PATAG, *Administratrice Assistante. Régime de Sécurité Sociale.*

**GUATEMALA**

Dr. MARIO RENE MORENO CAMBARA, *Vice-Président du Conseil Directif de l'Institut Guatémaltèque de Sécurité Sociale.*

M. JUAN EDUARDO SANCHEZ GARCIA, *Gérant Général de l'Institut Guatémaltèque de Sécurité Sociale.*

**HONDURAS**

Dr. MANUEL ENRIQUE LARIOS BONILLA, *Sous-Directeur Général de l'Institut Hondurien de Sécurité Sociale.*

**INDE**

M.B. S. RAMASWAMY, *Directeur Général. Société de l'Assurance des Travailleurs de l'Etat.*

Mme. CHITA CHOPRA, *Directrice du Ministère du Travail et Rehabilitation. Gouvernement de l'Inde.*

**KENYA**

M. MUGO LAZARUS MUNYI, *Directeur de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale.*

**NICARAGUA**

Lic. ADA LUZ TIJERINO HURTADO, *Chargée du Département d'Extension à la Campagne. Institut Nicaraguayen de Sécurité Sociale et Bien-être.*

**RWANDA**

M. JEAN BAPTISTE NSANZIMANA, *Représentant de la Caisse Sociale du Rwanda.*

M. ANDRE SEBATWARE, *Chef des Services Administratifs et Financiers de la Caisse Sociale du Rwanda.*

**SAINTE-LUCIE**

M. CLENDON HAVES MASON, *Ministre de Système Sociale du Gouvernement de Sainte-Lucie.*

M. FRANCIS COMPTON, *Directeur du Système National d'Assurance.*

**TOGO**

M. AGBEKOU KOFFI, *Sous-Chef de Service du Centre Médical Social. Caisse Nationale de Sécurité Sociale.*

M. BAKOLIMDA KOUM'ENA, *Sous-Chef des Services de Cotisations et Contrôle du personnel. Caisse Nationale de Sécurité Sociale.*

**U.R.S.S.**

M. NICOLAY TROFIMIOUK, *Chef du Département des Assurances Sociales d'Etat. Conseil Central des Syndicats de l'URSS.*

Mme. RAISSA KALINKINA, *Conseiller du Département International. Conseil Central de Syndicats de l'URSS.*

**ZAIRE**

M. EMONY MONDANGA, *Président et Délégué Général de l'Institut National de Sécurité Sociale.*

M. MPIANA KALALA, *Conseiller Juridique de l'Institut National de Sécurité Sociale.*

**AISS**

M. VLADIMIR RYS, *Secrétaire Général de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale.*

M. ALVARO CASTRO, *Conseiller Technique et Actuariel de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale.*

**CIESS**

Lic. EMILIO RABASA GAMBOA, *Directeur du Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale.*

Lic. MARTHA LOPEZ MOCTEZUMA, *Administratrice du Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale.*

Dr. CARLOS CAMPILLO, *Chef de la Division de Médecine Sociale du Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale.*

**PACTE HIPOLITO UNANUE**

Dr. DORIAN GORENA URIZAR, *Secrétaire Adjoint du Pacte Hipólito Unanue (Organisation Internationale de Cooperation en Matière de Santé des Pays de la Région Andine).*

**CPISS**

Dr. GASTON NOVELO VON GLUMER, *Secrétaire Général du Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale.*

Lic. OLGA PALMERO ZILVETI, *Chef des Services Techniques du Comité Permanent Interaméricain de Sécurité Sociale.*

**OIT**

M. JEAN VICTOR GRUAT, *Consultant d'Orientation et Planification Sociale du Bureau International du Travail.*

**MEXIQUE**

Lic. RICARDO GARCIA SAINZ, *Directeur Général de l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale.*

Lic. GABINO FRAGA MOURET, *Secrétaire Général de l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale.*

Dr. CARLOS MAC GREGOR, *Sous-Directeur Général Médical de l'IMSS.*

Arq. JOSE MARIA GUTIERREZ TRUJILLO, *Coordinateur Général du Programme IMSS-COPLAMAR.*

Lic. MARGARITA GONZALEZ GAMIO, *Chef du Bureau de Prestations Sociales de l'IMSS.*

Lic. MARCO ANTONIO MICHEL DIAZ, *Chef des Services du Secrétariat Technique de l'IMSS.*

Lic. ANTONIO BRAMBILA MEDA, *Sous-Secrétaire Général de l'IMSS.*

Mme. GEORGINA GARCIA SAINZ, *Coordinatrice Médicale de l'IMSS.*

M. RAUL HORACIO ANCHONDO CHAVEZ, *Coordinateur Administratif de l'IMSS.*

Lic. GASTON MARTINEZ MATELLA, *Coordinateur de l'Action Communautaire IMSS-COPLAMAR.*

Dr. SERGIO MONJARDIN ESPEJEL, *Coordinateur de l'Extension de Services de Solidarité Sociale IMSS-COPLAMAR.*

Dr. FEDERICO MARTINEZ, *Chef du Département de Normes d'Organisation Communautaire et Aménagement de l'Environnement IMSS-COPLAMAR.*

Dr. ELOY CAPELLINI GOYA, *Chef de Délégation des Services Médicaux IMSS, Cuernavaca, Morelos.*

Dr. QUINTIN MANRIQUE GUTIERREZ, *Secrétaire Général de la Section XIX du Syndicat National des Travailleurs de l'IMSS, Morelos.*

M. CARLOS DE LA CRUZ PINEDA, *Secrétaire Particulier du Conseiller Felipe Gonzalez V. Conseil Technique, Secteur Ouvrier, IMSS.*

M. FELIPE GONZALEZ VELAZQUEZ, *Conseiller du Conseil Technique, Secteur Ouvrier, IMSS.*

M. ALFONSO GARZON S., *Sénateur de la République, Secrétaire Général de la Centrale Paysanne Indépendante.*

M. RAFAEL EQUIHUA PALOMARES, *Secrétaire Général de la Centrale Paysanne Indépendante dans l'Etat de Morelos.*

M. SILVIANO MENDOZA MENDOZA, *Conseiller d'Assistance et Sécurité Sociale. Conseil National de Peuples Indigènes.*

Dr. MAGDALENA MORENO ZATAPA, *Médecin Etudiante Rurale à Nepopualco, Morelos.*

M. JESUS FLORES SANCHEZ, *Coordinateur Médical du Centre d'Etudes Rurales. Institut National de la Nutrition. Cuetzalan, Puebla.*

Inf. LUCINA ROSALES RODRIGUEZ, *Conseiller de Soins Médicaux IMSS-COPLAMAR.*

Dr. AIDA MARIA RODRIGUEZ, *Chef du Bureau de Constatation de Normes et Recherche Technique Administrative, IMSS-COPLAMAR.*

Dr. J. JESUS PAZ ARELLANO, *Sous-Chef du Département de Soins à la Santé. Institut National pour les Indigènes.*

Dr. LUIS FLORES LEON, *Chef du Département de Soins par Niveaux - Normativité et Contrôle Médical. ISSSTE.*

M. OSCAR GOYCOOLEA, *Coordinateur de Médecine de Famille et Communautaire. ISSSTE.*

Lic. ANTONIO SANCHEZ TREJO, *Commissaire. Secrétariat du Bureau du Contrôleur Général de la Fédération.*

M. OSCAR LANGLET, *Commissaire. Secrétariat du Bureau du Contrôleur Général de la Fédération.*

Dr. JORGE SANCHEZ MEJORADA FERNANDEZ, *Sous-Directeur de Planification de Santé Publique. Secrétariat de Santé et Assistance.*

Lic. SERGIO PALACIOS GONZALEZ, *Sous-Directeur d'Appui à la Décentralisation. Secrétariat de Santé et Assistance.*

Lic. ELIO SPEZIALE SAN VICENTE, *Conseiller. Sous-Direction d'Oeuvres et Patrimoine Immobilier. IMSS.*

Dr. JOSE ACEVES GUTIERREZ, *Directeur de l'Hôpital Rural "S" à Cuautlixco, Morelos.*

Dr. ALBERTO PEREZ ALVAREZ, *Chef de Délégation des Services Médicaux. IMSS. Etat de México.*

Lic. MA. EUGENIA VELASCO ALVA, *Coordinatrice de Recherche et Diffusion culturelle. Département de Publications. IMSS.*

Dr. CARLOS MACIAS UGALDE, *Médecin de Famille. Représentant de la Commission Jointe du Tableau d'Avancement, IMSS.*

Dr. ARNULFO RAMOS FIGUEROA, *Délegué Régional de l'IMSS à Guerrero.*

Dr. FELIX GARRIDO MALDONADO, *Conseiller Médical Assistant. IMSS-COPLAMAR. Oaxaca.*

M. RUBEN HERNANDEZ CABRERA, *Conseiller d'Appui à l'Opération. IMSS-COPLAMAR.*

Dr. RODOLFO BAEZ OCHOA, *Chef du Bureau d'Evaluation. IMSS-COPLAMAR.*

Dr. EFRAIN VELASCO GARCIA, *Contrôleur Médical de Délégations. IMSS-COPLAMAR. Oaxaca.*

Mme. PATRICIA HERNANDEZ PEÑA, *Rechercheuse. Département de Publications. IMSS.*

M. ROBERTO MONROY VALLEJO, *Rechercheur, IMSS.*

Lic. PATRICIA MEJIA BASURTO, *Rechercheuse. Département de Publications. IMSS.*

Mme. NATALIA SOSA FUENTES, *Assistante de Diffusion Culturelle, Département de Publications. IMSS.*

Mme. MA. CECILIA LARA CEBADA, *Rechercheuse. Département de Publications. IMSS.*

M. BENJAMIN FLORES HERNANDEZ, *Rechercheuse. Département de Publications. IMSS.*

M. ARMANDO PINEDA OSNAYA, *Rechercheuse. Département de Publications. IMSS.*

Mme. LAURA GARCIA, *Rechercheuse. Département de Publications. IMSS.*

M. RAFAEL GILES VALDES, *Conseiller de Planification, IMSS-COPLAMAR.*

Mme. LOURDES RODRIGUEZ CASTELLO, *Bureau de Divulgateion. Programme IMSS-COPLAMAR.*



**DEPARTEMENT D'AFFAIRES INTERNATIONALES DE  
L'IMSS**

Lic. ARTURO VILCHIS ESQUIVEL.

Lic. PATRICIA ALVAREZ SCHERER.

Lic. GUADALUPE ARRIAGA DIEZ.

Lic. SARA ELIZABETH GUTIERREZ MIRANDA.

Lic. MARTHA ELMA CONTRERAS RODRIGUEZ.

Mlle. GUADALUPE HURTADO.

**Compilation**

Guadalupe Arriaga Díez  
Arturo Vilchis Esquivel  
Sara Elizabeth Gutiérrez

**Coordination de l'édition**

Luis Arenas Rosas

**Dessin**

Juan Manuel Estrello  
Oscar Victorica Cea  
Alejandro Velasco

**Traduction**

Alicia Coquet  
Julio Artega  
Josefina Aldana  
Yolanda Saloma

**Correction et révision**

Concepción de la Torre

**INSTITUT MEXICAIN DE L'ASSURANCE SOCIALE**

**Lic. Ricardo García Sáinz**  
Directeur Général

**Lic. Emilio Rabasa Gamboa**  
Secrétaire Général

**Lic. y C.P. Agustín Barbabosa Kubli**  
Chef du Département  
d'Affaires Internationales

La compilation de la *Mémoire de la Table Ronde sur l'Extension de la Protection Sociale aux Groupes Marginaux des Régions Rurales* s'est terminée au mois d'avril et elle a été imprimée pendant le mois de mai 1985 dans les ateliers d'Impresora Becanor, S.A., Bolívar 385 dans la ville de Mexico. L'édition a été réalisée en Espagnol, Anglais et Français. Chaque version a été tirée à 500 exemplaires et l'édition a été à la charge du Département de Publications de l'Institut Mexicain de l'Assurance Sociale.